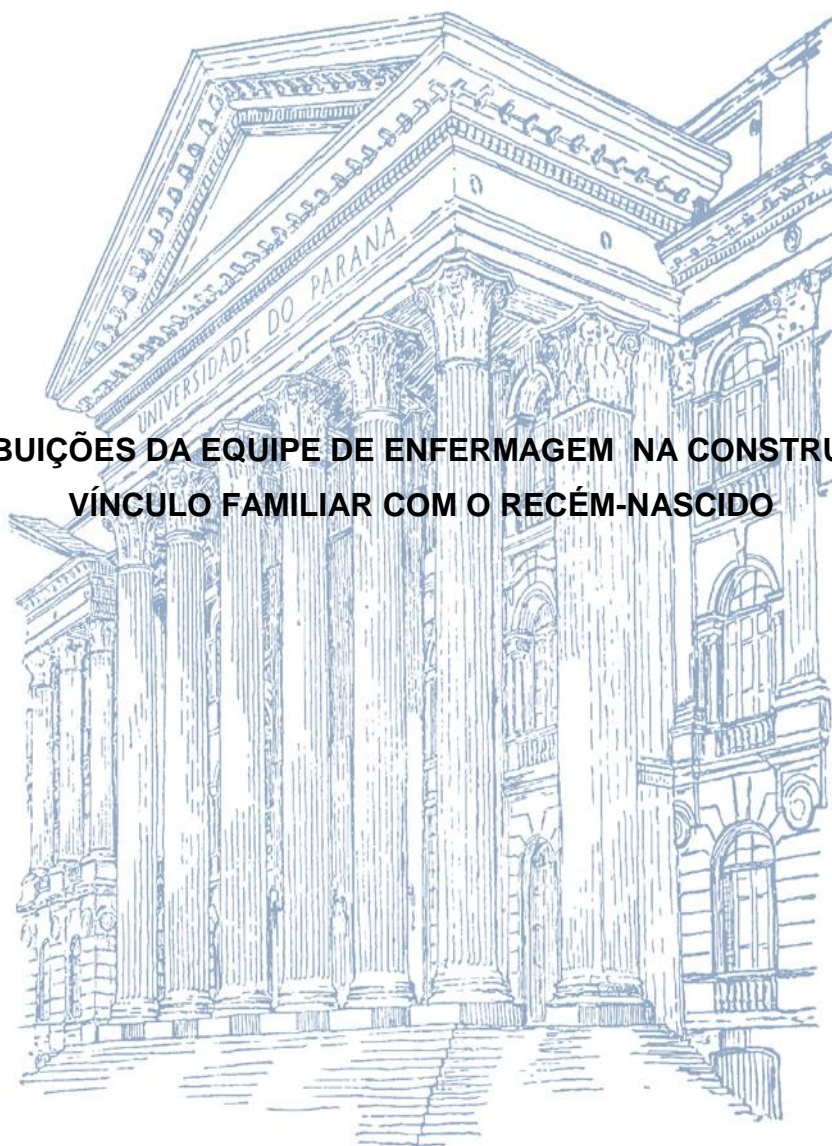


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

REGINA CÉLIA TANAKA NUNES

**CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO  
VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO**



CURITIBA

2013

REGINA CÉLIA TANAKA NUNES

**CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO  
VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA

2013

Nunes, Regina Célia Tanaka

Contribuições da equipe de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido / Regina Célia Tanaka Nunes - Curitiba, 2013.

72 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Verônica de Azevedo Mazza  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Cuidado de enfermagem. 2. Apego. 3. Família. 4. Recém-nascido. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

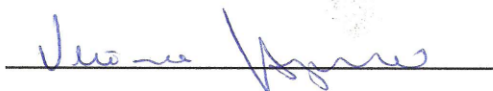
CDD 610.734

**TERMO DE APROVAÇÃO**

REGINA CÉLIA TANAKA NUNES

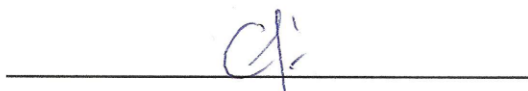
**CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR  
COM O RECÉM-NASCIDO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Presidente da Banca: Profª. Drª. Verônica de Azevedo Mazza

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Profª. Drª. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina



Membro Titular: Profª. Drª. Marilene Loewen Wall

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 20 de Agosto de 2013.

## **CASO**

*“Cada um que passa em nossa vida,  
passa sozinho, pois cada pessoa é única  
e nenhuma substitui outra.  
Cada um que passa em nossa vida,  
passa sozinho, mas não vai só  
nem nos deixa só.  
Leva um pouco de nós mesmos,  
deixa um pouco de si mesmo.  
Há os que levam muito,  
mas há os que não levam nada.  
Essa é a maior responsabilidade de nossa vida,  
e a prova de que duas almas  
não se encontram ao acaso”.*

**Antoine de Saint-Exupéry**

## **AGRADECIMENTOS**

A **Deus**, pela sabedoria e discernimento concedidos nessa caminhada, pela saúde e forças para realizar mais um sonho.

À **minha família, meu esposo Sérgio, meus filhos, Guilherme e Gabriel**, por todo amor, paciência, compreensão, apoio e suporte tecnológico que proporcionaram para que eu pudesse completar esta etapa.

Aos **meus pais Takeo e Yukiko**, por me mostrarem o valor da vida como exemplo de amor, dedicação, respeito, confiança, dignidade e perseverança.

À minha orientadora, **Profª Drª Verônica de Azevedo Mazza**, pelo apoio, confiança, paciência e respeito. Obrigada por ter acreditado em meu potencial.

Às Professoras Doutoras: **Evangelia Kotzias Atherino Santos, Marilene Loewen Wall e Márcia Helena de Souza Freire**, pelas imprescindíveis contribuições para o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Aos **membros do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento-GEFASD**, pelo auxílio na construção e avanços deste trabalho, e pelos momentos de companheirismo nas discussões. Em especial ao Daniel Ignácio da Silva pela ajuda nos momentos difíceis da utilização da informática.

Às **colegas do mestrado**, por dividir as angústias, medos, alegrias, superações e compartilhar as conquistas.

À minha querida amiga **Mariluci Hautsch Willig**, pela amizade, apoio e incentivo em todos os momentos.

À **equipe da UMRN**, pela confiança, apoio e auxílio no desenvolvimento do trabalho.

À **UFPR**, pela oportunidade de cursar o mestrado profissional, por oportunizar minha formação profissional e possibilitar esta etapa de aperfeiçoamento.

Ao **Programa de Pós- Graduação do Mestrado Profissional de Enfermagem da UFPR**, pela busca constante de aperfeiçoamento e qualidade nas atividades prestadas.

Aos **sujeitos da pesquisa**, que disponibilizaram uma parcela do precioso tempo para participar das oficinas.

Obrigado **a todas as pessoas**, que contribuíram para a concretização desse trabalho e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

**"Eis o meu segredo. É muito simples:  
só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos".**

Antoine de Saint-Exupéry

## RESUMO

NUNES, R. C. T. **Contribuições da equipe de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido.** 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. 72p.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Linha de Pesquisa: Processo do Cuidar em Saúde e Enfermagem

Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, ancorada na Metodologia da Problematização. Teve como objetivo identificar as contribuições da equipe de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido e construir coletivamente diretrizes para subsidiar o cuidado de enfermagem na formação do vínculo familiar com o recém-nascido. Esta pesquisa foi realizada em um Hospital de Ensino, no sul do Brasil, na Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN), composta pelos serviços de Pronto Atendimento Obstétrico, Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Neonatologia e Banco de Leite Humano e Ginecologia. Foram sujeitos da pesquisa, 20 profissionais da equipe de enfermagem que atuam nesses setores, divididos em dois grupos. A coleta de dados ocorreu por meio de Oficinas de Práticas Educativas no período de outubro e novembro de 2012. Os dados foram interpretados segundo o método de análise categorial temática. Desta análise emergiram três categorias temáticas: contribuições do cuidado de enfermagem para construção do vínculo familiar com o recém - nascido; limitações para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido e diretrizes para o cuidado de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido. Diversas práticas de cuidado da equipe de enfermagem já existentes contribuem para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido, entre elas o acolhimento, a inclusão do familiar no processo de parto e cuidados ao recém-nascido, estímulo ao aleitamento materno e contato pele a pele. Porém, se faz necessário reorganizar os espaços internos e construir um protocolo único para a UMRN com vistas à sistematização do cuidado à família no processo do nascimento. Entre as limitações foram referidas a fragmentação do cuidado por setor e a falta de integração da equipe de enfermagem. Esses processos de trabalho fragmentados e verticalizados são barreiras institucionais que dificultam o trabalho em rede de cuidado. Para que ocorra uma reestruturação nas práticas de cuidado torna-se necessário que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada acerca da importância da construção do vínculo familiar com o recém-nascido. A UMRN precisa ir além da integração normativa para uma prática integrada de cuidados com vistas à construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

**Palavras-chave:** Cuidado de enfermagem, apego, família, recém-nascido.

## ABSTRACT

NUNES, R. C. T. 2013. **Contributions of the nursing team to the construction of family bonding with the newborn.** Dissertation (Professional Master in Nursing) - Nursing Postgraduation Program, Federal University of Parana, 2013. 72p.

Advisor: Prof. Verônica de Azevedo Mazza, PhD  
Line of Research: Health and Nursing Caring Process

It is descriptive qualitative research, grounded in problem-solving methodology. The objective was identifying the contributions of the nursing team by establishing family ties with a newborn and also establishing, collectively, guidelines to support nursing care in the formation of family ties with a newborn. This research was performed in a Teaching Hospital, based in Curitiba, Paraná State, at the Unit of Women and Newborn (UMRN) and it was composed by services of Obstetric Emergency Care, Obstetric Surgical Center, Rooming-in, Neonatology and Human Milk Bank and Gynecology. The participants of the research were 20 nursing staff professional who works in the above-mentioned sectors, divided into two groups. The data were gathered during a Workshop of Educational Practices from October to November 2012. The data were interpreted according to the method of analysis thematic category. From that analysis, three categories emerged: contributions of nursing care for the establishment of family ties with a newborn; limitations on the establishment of the family bond with a newborn; and guidelines for the nursing team in order to establish family ties with a newborn. Many existing nursing care activities performed by the nursing team already contribute to the establishment of family ties with a newborn, including the family-centered maternity care, the inclusion of the family in the process of childbirth and newborn care, breastfeeding promotion and skin contact. Nevertheless, it is necessary to reorganize internal spaces and develop a single protocol for UMRN aiming at systematization of family care during the birth process. The mentioned limitations were the fragmentation of care per sector and lack of integration of the nursing team. These work processes are fragmented and upright so that they become institutional hurdles that hinder the care networking. In order to have the care activities restructured, it is necessary that the nursing team is aware of the importance of the establishment of family ties with a newborn. The UMRN needs to go beyond the normative integration and apply an integrated care practice aiming at the establishment of family bonding with newborns.

**Key words:** Nursing, attachment, family, newborn.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ARCO DE MAGUERZ .....	31
FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DA UNIDADE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO.....	34
QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO DE ACORDO COM O SETOR QUE ATUA POR CATEGORIA PROFISSIONAL .....	36
FIGURA 3 – SUJEITOS POR SETORES.....	37
FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS OFICINAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PAUTADAS NO ARCO DE PROBLEMATIZAÇÃO DE CHARLES MAGUERZ.....	40
FIGURA 5 – SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO.....	47
FIGURA 6 – QUADRO SÍNTESE DAS LIMITAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO .....	50
FIGURA 7 – SÍNTESE DAS DIRETRIZES PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO.....	54
QUADRO 2 – SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES, LIMITAÇÕES E DIRETRIZES DO ESTUDO .....	55

## LISTA DE SIGLAS

AM	- Aleitamento Materno
HC	- Hospital de Clínicas da UFPR
IHAC	- Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
IMBCO	- Organização Internacional para o nascimento mãe-bebê
IMBCI	- Iniciativa Internacional para o nascimento mãe-bebê
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
PNH	- Política Nacional de Humanização
POP	- Procedimento Operacional Padrão
RN	- Recém-nascido
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UMRN	- Unidade da Mulher e do Recém-nascido
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	- World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM- NASCIDO .....	15
3.1.1 Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e seu Papel na Formação do Vínculo Familiar com o Recém-nascido .....	18
3.2 A TEORIA DO APEGO .....	22
3.3 VÍNCULO FAMILIAR COM RECÉM-NASCIDO .....	26
3.4 CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR .....	27
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>30</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	30
4.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA .....	33
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA .....	36
4.3 COLETA DE DADOS .....	38
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	40
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	41
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>42</b>
5.1 CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM NASCIDO .....	42
5.2 LIMITAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM RECÉM- NASCIDO .....	47
5.3 DIRETRIZES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM RECÉM-NASCIDO .....	50
5.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO .....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O momento do nascimento que antes transcorria em família, num espaço privado, no qual as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos e suporte de rede de apoio social, hoje ocorre em instituições hospitalares, em um ambiente público, tornando esses vínculos frágeis e superficiais (GAÍVA; TAVARES, 2002). O parto é um evento que pode provocar profundas mudanças na vida das famílias. Neste sentido dois aspectos influenciam este processo, experiências anteriores de vida e o suporte familiar e profissional que recebem neste momento (ARMELLINI, 2003).

Destarte, na institucionalização do parto, a mulher foi distanciada da família e de sua rede de apoio social. Assim, as rotinas hospitalares e a estrutura física inadequada contribuíram para esse afastamento. Práticas que podem impulsionar a passividade das mulheres e impedir ou impossibilitar a presença de uma pessoa de seu convívio social para apoiá-las na maioria das instituições (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

As instituições hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde e não as das parturientes e sua família. Com isso, a autonomia das mulheres e sua postura diante do processo de nascimento foram deixadas de lado, fazendo com que os profissionais de saúde decidam por elas (TOMELERI *et al.*, 2007). A mulher e sua família devem ser protagonistas deste acontecimento, que é único na existência dessas.

As evidências científicas classificam a presença de um acompanhante como uma prática benéfica e que deve ser estimulada. Corroborando com essas evidências, o Ministério da Saúde brasileiro reconhece a importância da presença do acompanhante e recomenda que todos os esforços sejam realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua família para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2007).

O acompanhante, por ser uma pessoa da escolha da parturiente, representa um laço com seu ambiente domiciliar, considerado presença reconfortante, de contato físico, que pode estimular positivamente à parturiente nos momentos difíceis como dividir o medo e a ansiedade (SOARES *et al.*, 2010; LOURO, 2002).

Visando a construção do vínculo familiar e a humanização do cuidado à mulher e sua família no momento do Parto, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu normativas legais, tais como: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento em 2000, que preconiza uma melhor atenção à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2000).

Este programa institui pela Portaria/GM nº 2.418 do Ministério da Saúde de 2 de dezembro de 2005, a presença de um acompanhante para as mulheres durante todo o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com o art.1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Além desta, outras políticas contribuem para a construção do vínculo familiar, entre estas a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, que estabelece práticas de promoção, proteção e apoio aleitamento materno. Para unificar e garantir o acesso às orientações sobre o aleitamento materno para gestantes e nutrizes foram criados critérios globais mínimos: “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Ambas instituídas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (LAMOUNIER, 2008; UNICEF, 2009).

Outra diretriz mundial que traz em seu bojo o enfoque da saúde materno-infantil são os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Estes incluem a redução da mortalidade infantil, melhora da saúde materna, a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, bem como a qualificação da equipe de saúde para melhoria no cuidado à família durante o momento do nascimento (OMS - PNUD, 2005), e consequentemente promover a construção do vínculo da família com o recém-nascido.

Com objetivo de fomentar a implantação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a vinte e quatro meses, o Ministério da Saúde cria a Rede Cegonha. Esta foi instituída pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b). A implantação deste novo modelo de atenção fortalece as práticas de cuidado da equipe de enfermagem com vistas construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

No contexto de minha prática profissional como enfermeira obstétrica de uma Maternidade de Alto Risco e apoiadora do Ministério da Saúde para a Rede Cegonha, pude observar que o isolamento da mulher pode ser prejudicial às famílias

que estão iniciando uma nova etapa em sua vida. Em minha trajetória também reconheci a importância da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres, recém-nascidos (RN) e familiares, e que esse cuidado pode modificar as rotinas hospitalares, valorizando a dimensão individual e as ações para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

No meu percurso como enfermeira, tive a oportunidade de participar de um curso no Japão sobre Assistência ao Parto Humanizado em Casas de Parto do Japão durante três meses. Este curso foi desenvolvido em parceria com a JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) e o MS por cinco anos, levando enfermeiras obstétricas de todos os Estados do Brasil ao Japão. Esta experiência permitiu que eu pudesse observar que o processo de nascimento pode ocorrer de maneira calma, tranquila, sem intervenções desnecessárias, com protagonismo da mulher e participação de seus familiares, incluindo as crianças. Dessa forma, tenho atuando com o compromisso de modificar o modelo de atenção ao parto e nascimento, para que as mulheres e seus familiares possam vivenciar uma experiência agradável e gratificante neste momento tão importante de suas vidas.

Portanto, faz-se necessário repensar esta prática cotidiana com vistas a desenvolver um cuidado integrado entre os diferentes setores para que a família se sinta cuidada e acolhida em todas as etapas deste processo. É preciso que a equipe de enfermagem compreenda a concepção de vínculo familiar com o RN, para dar suporte na construção coletiva de uma proposta de cuidado à mulher, RN e família.

A equipe de enfermagem desempenha papel relevante na modificação de modelo presente na assistência obstétrica, pois são estes que mais se envolvem e se relacionam com a parturiente. Faz-se necessário que a equipe de enfermagem subsidiada por instrumentos pertinentes e educação permanente, desenvolva uma forma própria de cuidado, caracterizando como uma prática autônoma e consciente do seu papel como agente de mudança (SOARES *et al.*, 2010).

Neste aspecto, a Política Nacional de Humanização propõe rodas de conversa entre as equipes para discussão dos processos de trabalho, como uma das estratégias que podem ser utilizadas para o preparo dos profissionais para a inclusão do familiar nas instituições. Nestes espaços, as dificuldades podem ser discutidas e os avanços compartilhados (BRASIL, 2008).

Destarte, este projeto mostra sua relevância, pois pode ser considerado como uma estratégia para desenvolver coletivamente diretrizes de cuidado de

enfermagem com enfoque na construção do vínculo familiar com RN, na Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN), utilizando como suporte a Metodologia da Problemática.

Apesar dos benefícios que a construção do vínculo familiar traz nas relações afetivas entre mãe-bebê e na promoção do aleitamento materno (TOMA; REA, 2008), Paim *et al.* (2010) relatam que existe uma lacuna entre as pesquisas realizadas e as práticas de cuidado desempenhadas pelos enfermeiros assistenciais. Para que isso aconteça estes profissionais deveriam integrar os projetos de pesquisa e propor desenvolvimento de tecnologias, estratégias e protocolos para serem aplicados no processo de trabalho.

Diante do exposto, para alicerçar esta pesquisa, emergiu a seguinte questão norteadora: **Quais as contribuições da equipe de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido?**

## **2 OBJETIVOS**

Identificar as contribuições da equipe de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

Construir coletivamente diretrizes para subsidiar o cuidado de enfermagem na formação do vínculo familiar com o recém-nascido.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As temáticas apresentadas a seguir versam a respeito das Políticas Públicas de Atenção ao Parto e Nascimento; Teoria do Apego, Vínculo Familiar com o Recém-nascido e o Cuidado de Enfermagem na Construção do Vínculo Familiar e constituem a revisão teórica deste estudo.

#### 3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO

A assistência à gestante durante muitos anos foi orientada para melhorar os indicadores da saúde infantil. Na década de 80, o movimento de mulheres reivindicou um novo modelo de atenção à saúde da mulher, buscando autonomia e respeito aos direitos reprodutivos. Em 1983, com vistas a tentar atender a essas reivindicações, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que possuía como bases filosóficas conceitos como a integralidade e a autonomia corporal. Esses deveriam ser estimulados e discutidos nas ações educativas deste programa (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Este enfoque traz o cuidar na perspectiva da integralidade, no qual, profissionais e gestores precisam ampliar o olhar sobre a forma de se relacionar com as mulheres, para tanto tratá-las como sujeitos detentores de direitos, inclusive sexuais e reprodutivos (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Nesta perspectiva dos direitos de cidadania, em 2000, o Ministério da Saúde brasileiro institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento com a Portaria/GM nº 569, de 01 de 06 de 2000. Este preconiza uma melhor atenção à saúde da mulher e do recém-nascido visando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatais registradas no país, e assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2000).

Um dos pressupostos deste Programa foi a humanização da assistência obstétrica e neonatal. Para isso, dois aspectos são primordiais: o acolhimento à mulher e seus familiares e a utilização de métodos não farmacológicos para alívio à dor, evitando práticas intervencionistas. Para a operacionalização deste Programa a portaria previa a inclusão de novos exames laboratoriais, captação precoce da gestante, novos incentivos financeiros, regulação e investimento na assistência obstétrica e neonatal, envolvendo as três esferas de governo (BRASIL, 2000).

Para fortalecer os pressupostos da humanização da atenção obstétrica e neonatal, em 2004 o MS transforma o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Está tem como objetivos: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Apesar das propostas instituídas pelo Ministério da Saúde, a realidade no atendimento à mulher não obteve muitas mudanças, o cuidado integral baseado nos direitos da mulher como uma pessoa dotada de necessidades individuais e pertencentes a uma rede de apoio, encontra-se ainda incipiente.

Dessa forma para tentar garantir à mulher um cuidado mais humanizado e responder às concepções propostas anteriormente, a Portaria/GM nº 2.418 do Ministério da Saúde de 2 de dezembro de 2005, que em conformidade com o art.1º da Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005, permite que todas as gestantes tenham direito a um acompanhante de sua escolha durante o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005).

Com vistas a implementar uma prática integralizadora, em 2008 foi lançada a Rede Amamenta Brasil como uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM). A Rede se propõe a aumentar os índices de amamentação no País, capacitando os profissionais que atuam nas Unidades

Básicas de Saúde (UBS) para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM (BRASIL, 2011a).

A Rede Amamenta Brasil surgiu como possibilidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária, e da necessidade de que os profissionais de saúde e a sociedade entendessem o aleitamento materno como um processo para além do biológico, mas também social e cultural (BRASIL, 2011a). Em 2012, foi lançada a Estratégia Nacional para a promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Essa medida tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2012).

Recentemente, o Ministério da Saúde brasileiro lançou em junho de 2011, a Rede Cegonha, mediante Portaria n 1.459, que visa garantir às mulheres a possibilidade de acesso ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. A Rede Cegonha tem como finalidade fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses. Para tanto, propõe a reorganização da Atenção à Saúde Materna e Infantil com vistas a garantir acesso, acolhimento e resolutividade e assim reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

Desse modo, a Rede Cegonha prevê a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, bem como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, e os Centros de Parto Normal, que devem funcionar em conjunto com a maternidade, para humanizar o nascimento (BRASIL, 2011b).

A implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades é um dos pré-requisitos da rede. Entre estas práticas, destacam-se o direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério, o incentivo a participação do pai no momento do nascimento do seu filho, estimulando a formação de vínculos. Para tanto é investido em ambiência, pois o local onde a parturiente dará à luz deverá ser adequado para oferecer privacidade e conforto para ela e seu acompanhante (BRASIL, 2011c; OMS, 1986).

Também são ofertados métodos não farmacológicos para o alívio da dor e organização do cuidado, para proporcionar o contato pele a pele da mãe com seu bebê imediatamente após o nascimento, práticas já demonstradas como benéficas para os dois. O programa também propõe que sempre haja um leito disponível para a mãe e o recém-nascido nas unidades de saúde, evitando a peregrinação das mulheres e recém-nascidos nos vários serviços (BRASIL, 2011c).

Reforçando as propostas da Rede Cegonha, em 2012 o MS publica a portaria 930 que define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 3.1.1 Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e seu Papel na Formação do Vínculo Familiar com o Recém-nascido

Para a Organização Mundial da Saúde a amamentação é considerada uma prática fundamental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e para a redução da mortalidade infantil (OMS, 1989).

O aleitamento materno possui inúmeros benefícios à saúde da criança entre eles a redução de doenças infecciosas e alérgicas e melhoria do desenvolvimento cognitivo e intelectual. Para a mãe, os benefícios são menor incidência de hemorragia pós-parto e a recuperação mais rápida do peso no pós-parto (TOMA; REA, 2008). A amamentação também pode melhorar a interação física e psicológica entre mãe e filho, promovendo o vínculo mãe-bebê e potencializando a promoção do desenvolvimento infantil saudável (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Uma das estratégias do Ministério da Saúde brasileiro para fortalecer e prolongar o tempo do aleitamento materno é a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1989. Esta iniciativa mundial tem como objetivos promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, reduzir a morbimortalidade infantil, melhorar as práticas hospitalares e reduzir as taxas de desmame precoce (OMS, 1989).

Um dos pressupostos da “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança”, é a mudança no processo de trabalho, haja vista que as práticas para a promoção do aleitamento materno das instituições hospitalares não proporcionavam uma ação efetiva. Desta forma, a proposta adota como cenário as maternidades para a reorganização das ações de promoção do aleitamento materno, elaborando padrões de qualidade da amamentação, para atender as diretrizes propostas pelos Dez Passos do Aleitamento Materno (LAMOUNIER *et al.*, 2008).

Ao atender os requisitos desta proposta, adquire-se padrão de excelência nos quesitos de incentivo ao aleitamento materno e na atenção obstétrica e neonatal, tornando-se referência em aleitamento materno, no atendimento humanizado ao recém-nascido e local de capacitação de equipes multiprofissionais (LAMOUNIER *et al.*, 2008).

A proposta da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança foi revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. As políticas requerem práticas amigas da mãe, incluindo: encorajar as mulheres a terem a seu lado acompanhantes de sua livre escolha durante o trabalho de parto e o parto; encorajar as mulheres a caminharem e a se movimentarem durante o trabalho de parto e a assumirem as posições que quiserem na hora do parto; não usar procedimentos invasivos e encorajar as mulheres a levarem em consideração o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009).

Corroborando com a proposta da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, a Organização Internacional para o nascimento mãe-bebê (IMBCO), criou a Iniciativa Internacional para o Nascimento Mãe-bebê (IMBCI) em 2008, com o objetivo de melhorar os serviços de atendimento à gestação e maternidade, de forma a salvar vidas, prevenir doenças e danos advindos do abuso das tecnologias obstétricas, bem como promover a saúde de mães e bebês ao redor do mundo (DAVIS-FLOYD *et al.*, 2010).

Um dos passos da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança que contribui de forma especial para construção do vínculo é o Passo 4, que propõe o contato pele a pele entre a mãe-bebê e o estímulo à amamentação na primeira meia hora após o parto. Estudos demonstram que logo após o parto a mãe está pronta para tocar o recém-nascido e ambos estão impregnados de substâncias que os deixam biologicamente preparados para uma interação mãe-filho. O bebê, logo após o nascimento permanece em estado de alerta por aproximadamente quarenta

minutos. A mulher apresenta um comportamento maternal, provocado por ação hormonal, facilitando as trocas fisiológicas do estado gravídico para o estado puerperal. Este momento é ideal para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo afetivo e promoção da lactação (GIUGLIANI, 2000; VALDEZ, 1996).

O contato pele a pele ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, auxilia no estabelecimento da amamentação, pois aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar a mama durante a primeira hora de vida (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007). Deve ser realizado precocemente para que o bebê seja colocado em contato com a flora cutânea de sua mãe, antes do contato do recém-nascido com os microrganismos hospitalares. Esse momento entre o binômio propicia a aproximação da mãe e do bebê favorecendo a construção do vínculo entre eles (SILVA; CLAPIS, 2004).

Um estudo realizado em quatro distritos rurais de Gana, África, analisou dados de 11.316 crianças não gêmeas nascidas entre julho de 2003 e junho de 2004, sobreviventes ao segundo dia após o nascimento e que haviam iniciado a amamentação. Os principais achados apontam que a amamentação precoce pode levar a uma considerável redução da mortalidade neonatal. A mortalidade neonatal poderia ser reduzida em 16,3% se as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida e em 22,3% se a amamentação acontecesse na primeira hora de vida. As razões para essa redução seriam que a amamentação logo após o parto está diretamente relacionada ao sucesso no aleitamento materno; o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos e o contato pele a pele previne a hipotermia (EDMOND *et al.*, 2006).

Corroborando com este estudo, citamos uma revisão sistemática a respeito do contato precoce pele a pele, realizada em diversos países europeus que envolveu 806 mães e filhos recém-nascidos. O objetivo deste estudo era examinar se o contato pele a pele tem efeitos benéficos ou adversos na lactação. Como resultado os autores encontraram efeitos positivos sobre a duração da amamentação, diminuição do ingurgitamento mamário e reconhecimento do odor do leite materno pelo bebê, não sendo evidenciados efeitos negativos (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007).

Em uma Casa de Parto de St. Petersburg foi realizada uma pesquisa, analisando 151 vídeos filmados durante a amamentação de 176 puérperas. Como

um dos resultados, os recém-nascidos que não foram separados de suas mães tiveram maior facilidade na pega na amamentação (DUMAS *et al.*, 2012)

Para efetivar a promoção da amamentação na primeira meia hora pós-parto a família e a equipe de enfermagem desempenham papel relevante na realização do contato pele a pele/mãe-bebê para promover o cuidado humanizado na atenção obstétrica e neonatal. A equipe de enfermagem, que atua no cuidado direto à parturiente e sua rede de apoio social possui um papel imprescindível no estímulo ao contato precoce, podendo ser facilitadores ou complicadores desta prática. A partir do momento que se aumenta a compreensão sobre as percepções das puérperas no parto e pós-parto, têm-se condições de prestar um cuidado humanizado e integral, coerente com os direitos que as famílias possuem de serem acolhidas e assistidas nas suas necessidades (ROSA *et al.*, 2010).

Outra proposta da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança - IHAC refere-se à prática do Alojamento Conjunto, que permite que mães e bebês permaneçam juntos, durante vinte e quatro horas por dia. Além de ser um espaço de promoção ao aleitamento materno sob livre demanda, constitui-se como um lugar de construção e fortalecimento de vínculos após o nascimento, processo fundamental na vida do ser humano. No Alojamento Conjunto a família sente-se mais segura, tranquila e confiante, pois participa ativamente de todos os cuidados com o recém-nascido, orientados por uma equipe preparada e qualificada (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010).

Ainda, segundo os passos para o incentivo ao aleitamento materno encontra-se a educação permanente de toda a equipe, composta por normas e rotinas expostas para o conhecimento de todos, mostrar à mãe como amamentar e manter a lactação e incentivar o aleitamento materno sob livre demanda (UNICEF, 2009).

Portanto, a equipe de enfermagem precisa reconsiderar sua atitude profissional e refletir até que ponto o seu cuidado tem valorizado a integração e a participação da família, para que a sua prática não seja realizada de forma impessoal e fragmentada, mas com respeito e acolhimento (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006) com objetivo de construção e fortalecimento do vínculo da família com o recém-nascido.

### 3.2 A TEORIA DO APEGO

O psiquiatra inglês, John Bolwby, considerado o criador da Teoria do Apego, em sua experiência profissional como psicanalista e influenciado pela etologia desenvolveu a Teoria Etológica da Vinculação. Concluiu que as crianças que experimentam uma relação agradável, íntima e contínua com suas mães, possuem um crescimento mentalmente saudável, na qual, ambos devem encontrar satisfação e bem-estar. A qualidade da vinculação dependeria, entre outras coisas, da possibilidade de termos adultos mais ou menos saudáveis, equilibrados e adequados na relação com ele mesmo e com os outros (BOLWBY, 2002a).

A Teoria do Apego segue a premissa de que os seres humanos e também os animais, apresentam uma inclinação natural para construir vínculos afetivos que, ao longo do tempo podem tornar-se insubstituíveis. Os bebês humanos dependem de um cuidador que garanta sua sobrevivência por meio de cuidados, pois nascem em uma situação de vulnerabilidade fisiológica (SABLE, 2008). Esta dependência da criança logo após o nascimento faz com que o cuidador assuma o seu papel e também uma relação mãe-bebê, que é considerada a base da socialização e que Bolwby denomina de apego (GOMES; MELCHIORI, 2012).

O apego manifesta-se pela busca da proximidade com o cuidador e o protesto diante da separação. Estes comportamentos permitem à criança experimentar um mundo em condições mais seguras. A definição do comportamento de apego demonstra que qualquer forma de comportamento, pode levar uma pessoa a alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo considerado mais apto para lidar com o mundo (BOLWBY, 1989).

Segundo Bolwby, os comportamentos de apego são ativados por certas condições como fome, cansaço e situações ameaçadoras para a criança e terminados por outras, como a visão da figura do apego, a escuta de sua voz ou a interação com ela (GOMES; MELCHIORI, 2012).

Segundo os autores *op. cit.*, o apego infantil se diferencia dos outros tipos de vínculos que a criança estabelece pelas seguintes características: busca de proximidade, a criança procura manter-se próxima de seus pais em lugares desconhecidos, situações ameaçadoras e com pessoas desconhecidas. Base segura: quando está próxima de uma figura de apego sente-se bem emocionalmente



e confiante para explorar o ambiente. Protesto na separação: quando a figura de apego se ausenta a criança protesta e solicita sua volta. Eliciação por perigo: a criança busca a figura de apego ao sentir-se ameaçada por qualquer circunstância. Por último a especificidade da figura de apego: ao se estabelecer uma figura de apego, esta pessoa sempre trará conforto e segurança à criança. Sua presença será sempre desejada e sua ausência será sentida com grande tristeza.

O desenvolvimento do apego do bebê é construído de forma lenta e contínua e está relacionado ao sistema comportamental. Este ocorre mediante a interação entre duas ou mais pessoas e são favorecidos por meio de toque, fala, contato olho no olho, odor, calor, sons (BOWLBY, 2002b). Neste sentido, Bowlby (2002a, p. 259) afirma que “nenhuma forma de comportamento é acompanhada por sentimento mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria”.

O cerne da Teoria do Apego, segundo Bowlby, é o estabelecimento do senso de segurança (TOMA; REA, 2008). Esta teoria considera que quando as crianças vivenciaram uma relação de segurança e afeto com seus pais, seriam adultos com maior probabilidade de repetirem essas experiências em suas relações com seus filhos e sentirem-se mais felizes (GOMES; MELCHIORI, 2012).

Várias teorias têm fundamentado as pesquisas sobre a relação mãe-bebê, pois são importantes na construção do vínculo materno-infantil e para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (BORSA, 2007). Bowlby (2002a) assevera que existem quatro teorias que descrevem a natureza e a origem do apego: Teoria do Anseio Primário de Retorno ao Ventre, Teoria da Adesão ao Objeto Primário, Teoria da Sucção do Objeto Primário e Teoria do Impulso Secundário ou Teoria do Amor Interesseiro das Relações Objetivais.

Na Teoria do Retorno ao Ventre o recém-nascido resente sua expulsão e tenta retornar ao ventre. Na Teoria de Adesão ao Objeto Primário o bebê necessita estabelecer um contato físico com a mãe. Na Teoria da Sucção do Objeto Primário, o recém-nascido instintivamente relaciona-se com o seio buscando sugá-lo e possuí-lo oralmente e, na Teoria do Impulso Secundário, a criança possui algumas necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas (BOWLBY, 2002a).

Para o autor *op. cit.*, existem duas formas de comportamento que levam ao apego. A primeira é o comportamento do assinalamento que visa aproximar os pais do bebê, tendo como exemplo o choro, que pode apresentar-se de diferentes

formas. A segunda é o comportamento da abordagem, que tem o mesmo objetivo de aproximação, com movimentos de buscar e seguir, de agarrar-se a mãe ou ao pai e também a sucção não nutritiva ou apreensão do mamilo.

Várias situações podem intervir na formação do apego, entre elas estão os antecedentes familiares, herança genética e cultura, incluindo a forma como foram cuidados pelos seus pais, relações familiares, vivências de gestações anteriores e a gestação atual. Depende também do contexto em que se encontram os pais e o bebê. Aspectos como o ambiente, a cultura, a adaptação entre eles e a situação de perda vivenciada podem alterar o comportamento do apego (GUIMARÃES, 2006).

Outras questões que interferem são as práticas assistenciais, as rotinas estabelecidas pelas instituições de saúde, o comportamento da equipe de saúde, a forma como foi tratada durante o processo de trabalho de parto e parto e a separação dos pais com o recém-nascido (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Neste sentido, os pais necessitam de auxílio com vistas à construção do apego. Geralmente passam por cinco estágios: no primeiro, preocupam-se com as informações fornecidas pela equipe de saúde. No segundo, observam os estímulos provocados pelos profissionais, mas ainda não se sentem seguros para realizá-los. Mesmo ao perceberem os movimentos responsivos do bebê ao virar-se em direção a voz ou apreender o dedo do profissional, ainda não se sentem encorajados a prestarem cuidados ao filho, esse é o terceiro estágio. No quarto estágio, demonstram um pouco mais de segurança, tocam seu bebê, tentam produzir movimentos espontâneos e sentem-se responsáveis por ele. Somente no quinto estágio conseguem estabelecer um vínculo afetivo. Neste passam a cuidar e identificá-lo como uma pessoa (BRAZELTON, 1988; KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Entretanto, essas etapas nem sempre são percebidas pelos pais e pelos profissionais de saúde. Para realizar um cuidado que tenha como foco a construção do vínculo da família com o recém-nascido a equipe de enfermagem precisa compreender como ocorre o estabelecimento efetivo do apego, que poderá ser lento, mas acontecerá de forma efetiva com o tempo (GUIMARÃES, 2006).

Torna-se imprescindível conhecer como se processa a formação do apego para compreender a importância do papel da equipe de enfermagem estimulado e auxiliando os pais no cuidado ao recém-nascido durante sua internação (BARBOSA, 1999).

O estabelecimento do vínculo e apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe em interagir com seu filho, ocasionando desajustes no relacionamento de ambos. Pesquisas mostram que o comportamento de apego, se desenvolve desde a vida intrauterina e que é fundamental o contato entre mãe e filho, nos momentos iniciais da vida pós-natal (BRAZELTON, 1988; BOLWBY, 2002b).

Nesse sentido, a equipe de enfermagem da maternidade tem importância fundamental na promoção, estimulação e desenvolvimento de uma prática de cuidar que promova oportunidades de contato precoce entre pais e bebês, visando estabelecer o vínculo e apego.

Para auxiliar os profissionais de saúde no processo da formação do apego, Pinto (2007, p.98) propõe algumas tipificações na interpretação das interações entre pais e recém-nascidos, consideradas a partir de três eixos principais:

1 - Interação comportamental. Relaciona-se com o padrão de interação que ocorre na forma como o recém-nascido é cuidado atividades de rotina ou na interação com seus pais ou profissionais que realizam. O toque, contato pele a pele e carícias são denominados de interações corporais. O contato olho a olho e face a face são consideradas interações visuais e por último, as interações vocais, como: a fala, entonação, linguagem e ritmo.

2 - Interação afetiva. Relaciona-se com os sentimentos dos pais com o bebê e a resposta dos bebês quando estimulado pelos pais.

3 - Interação fantasmática. Relaciona-se ao imaginário dos pais durante a gestação sobre o bebê como o sexo, aparência e condições de saúde. Após o nascimento, muitas vezes o bebê imaginário não corresponde ao bebê real. O rompimento desta expectativa pode interferir no processo de construção do apego, portanto os pais necessitam de auxílio para superar essa fase.

Assim, compreender as pilastras sustentadoras do apego, que neste trabalho utilizar-se-á a denominação de vínculo, pode subsidiar o cuidado da equipe de enfermagem como elemento de suporte na construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

### 3.3 VÍNCULO FAMILIAR COM RECÉM-NASCIDO

A formação do vínculo mãe-bebê inicia-se no período gestacional e vai até o puerperal. Nessas fases, grandes mudanças físicas e emocionais acontecem na vida da mulher, a troca de papel de mulher para mãe, rotinas diárias modificadas, alterações no relacionamento do casal, dedicação ao bebê, abdições, renúncias, dentre outras. Para que ela consiga estabelecer uma troca afetiva favorável com o recém-nascido, será necessário estar apta para construção do vínculo decorrente das experiências positivas que vivenciará na gestação e puerpério (BORSA, 2007).

A mulher, durante o período gestacional traz as experiências familiares de sua vida relacionadas aos seus pais, à forma como foi educada e essas experiências influenciam na sua adaptação ao novo papel. Na gravidez, além das expectativas de uma nova fase, podem ser trabalhados velhos relacionamentos, sendo um período de instabilidade entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade. A gravidez faz com que a mulher experimente vários tipos de sentimentos, como ansiedade, desamparo e grande expectativa (BRAZELTON; CRAMER, 2002). Esses sentimentos influenciam de forma positiva ou negativa na formação do vínculo mãe-filho.

O relacionamento dos pais com seus filhos acontecem de forma diferenciada, pois tem reflexos do sistema conjugal, que depende do momento que o casal está passando durante a gravidez, parto e pós-parto. No período gestacional o homem pode sofrer alterações comportamentais, aproximando-se ou afastando-se da mulher (WINNICOTT, 2002).

Portanto, a participação do companheiro no pré-parto, parto e pós-parto é um momento importante de aproximação do casal, pois possibilita vivenciar emoções que podem fortalecer este relacionamento (TOMELERI, 2007). Em um estudo realizado pelo autor *op. cit.*, os pais que participaram do nascimento de seus filhos perceberam que trouxeram mais segurança, tranquilidade e calma para as parturientes. Além disso, contribuíram para desmistificar os sofrimentos relacionados ao parto e isso proporcionou sentimentos e emoções que podem favorecer a construção do vínculo familiar.

Quando se estimula a permanência da mãe junto ao bebê logo após o nascimento, os mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e

comportamentais são ativados, facilitando a vinculação mãe-bebê (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2012).

Assim, no momento do nascimento, quando o bebê é colocado face a face com a mãe e a mesma tem oportunidade de olhá-lo, mãe e bebê são propensos a se comportarem de maneira especial. Quando é colocado em seu ventre o bebê tem condições de usar a boca, as mãos e os pés para agarrar-se a ela. Quanto maior a aproximação entre eles, mais cedo se inicia a interação entre a mãe e o seu bebê (BOLWBY, 2002a).

Desse modo, a equipe de enfermagem precisa preparar-se para acolher a gestante, seu companheiro e a família em todas as etapas da gestação, parto e puerpério, pois por meio do cuidado de enfermagem prestado a essas famílias podem promover a construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

### 3.4 CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR

O processo do nascimento faz parte da vida familiar, depende da cultura e o meio em que ele está inserido. Envolve a equipe de enfermagem, a mulher e seus familiares em um momento de intensas transformações em suas vidas, o nascimento de um filho (FRELLO; CARRARO, 2010).

Portanto, o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde brasileiro, preconiza uma mudança no modelo de atenção, na qual propõem a humanização da assistência ao parto, que implica na atuação do profissional de saúde de forma respeitosa aos aspectos fisiológicos do processo de nascimento, reconhecendo as dimensões culturais e sociais dessa família, para facilitar a formação dos laços afetivos familiares e a promover o vínculo mãe-bebê (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Para tornar a prática de cuidado no processo de parto e nascimento deve-se respeitar o tempo da mulher neste período, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer seus aspectos culturais. Faz-se necessário ouvir seus desejos, temores e angústias, para que o processo de parto

ocorra de forma natural, junto a seus familiares, transformando esse momento em espaço de construção de vínculo (MOREIRA, *et al.*, 2009).

A equipe de enfermagem que está mais próxima das parturientes e seus familiares precisa entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos princípios e valores éticos. O respeito ao outro é o principal componente da prática de cuidados humanizados. A tolerância, honestidade, atenção, a escuta do que o outro tem a dizer é entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro (BARBOSA; SILVA, 2007).

Em relação à participação da enfermagem neste cuidado a Organização Mundial de Saúde (1996), no documento de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, afirma que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações.

Deste modo, a equipe de enfermagem desempenha importante papel na implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Entre elas inclui-se o acolhimento aos acompanhantes das parturientes, oferecimento de líquidos durante o trabalho de parto, estímulo à deambulação e aos métodos não farmacológicos de alívio à dor como: banho de chuveiro, banheira, bola de parto, massagem; e a liberdade de escolha da posição de parto (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010). Para que essas mudanças ocorram, torna-se imprescindível que a equipe de enfermagem realize educação permanente, assuma seu papel de agente de transformação e desenvolva um modo próprio de cuidar (SOARES *et al.*, 2010).

Em uma pesquisa intitulada - Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente, com o objetivo de identificar o estado da arte da produção do conhecimento sobre a atuação da enfermeira obstétrica no processo de nascimento, concluiu-se que a enfermeira obstétrica atua na atenção ao parto, baseada em um modelo humanístico e holístico de cuidar que propicia o empoderamento da mulher (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Para os autores *op. cit.* este cuidado humanizado consiste em manter a parturiente como protagonista desse processo, dando autonomia de escolhas, propiciando ambiente acolhedor e oportunidade para a presença do acompanhante,

com atenção à família e assim promovendo suporte físico e emocional da parturiente.

Quando a mulher sente-se cuidada, a experiência do parto tende a ser menos traumática. Elas sentem medo não apenas do trabalho de parto, mas também da forma como são tratadas, se distante e impessoal ou acolhidas e respeitadas pela equipe (CARON; SILVA, 2002). Os profissionais de enfermagem necessitam mudar a atitude e postura no cuidado à família e ao recém-nascido, considerando este como um momento único para esta família, respeitando seus direitos, colocando-os no centro do cuidado humanizado. Portanto, faz-se necessário implantar um modo de cuidado, que respeite as diretrizes das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde brasileiro.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, ancorada na Metodologia da Problematização que utilizou o esquema de trabalho construído por Charles Maguerez (1966), denominado Método do Arco. O Arco tem como ponto de partida a realidade vivida, com finalidade de conduzir os sujeitos a refletir sobre suas práticas utilizando a abordagem problematizadora.

A abordagem problematizadora preocupa-se com a construção progressiva do conhecimento pelo próprio indivíduo por meio da ação-reflexão-ação, e da prática-teoria-prática a partir da realidade do indivíduo, de seus padrões culturais e de suas formas de pensar e agir (FREIRE, 1980).

Neste trabalho entende-se que a realidade concreta possibilita aprender o vivido para intervir em busca de resposta ou soluções para seus problemas. Para tanto, considera-se os pressupostos da Pedagogia libertadora de Paulo Freire que “o diálogo é capaz de criar vínculos de libertação e possibilitar o acesso a uma consciência clara e objetiva no tocante à realidade” (AZEVEDO, 2010, p. 38). Assim, permite à pessoa envolvida imaginar, perceber e vislumbrar, não só a problemática do seu existir, como também, as possibilidades de transformação de sua realidade (FREIRE, 1980).

A proposta se concretiza a partir da realidade onde se encontram os sujeitos. É nesta realidade que os problemas são identificados como um ponto de partida para a aprendizagem. Algo que pode ser aperfeiçoado, requerendo a busca de soluções criativas e originais (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

Um dos fundamentos desta abordagem consiste em compreender que a realidade é algo inacabado, em constante processo de transformação. Assim, as pessoas envolvidas nestas mudanças ampliam sua criatividade e imaginação para procurar respostas aos problemas de sua prática. Nesta perspectiva, buscar alternativas para sobrepor as dificuldades não significa criar problemas, mas encontrar caminhos para resolvê-los (BORDENAVE, 1986).



Os objetivos da metodologia problematizadora consistem em estimular a capacidade do ser humano a participar ativamente da transformação social, desenvolver habilidades de observação da realidade, e detectar os recursos disponíveis e formas de organização para uma transformação consciente (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

Bordenave (1986) afirma que pela sua essência, a educação problematizadora não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas, é uma trajetória pedagógica, que pode ser representada esquematicamente pelo arco proposto por Charles Magueres. Para Berbel (1999) este esquema facilita a operacionalização dos pressupostos da problematização e tem sido amplamente utilizado por profissionais da área da saúde, principalmente da enfermagem, na capacitação e formação de profissionais e na pesquisa.

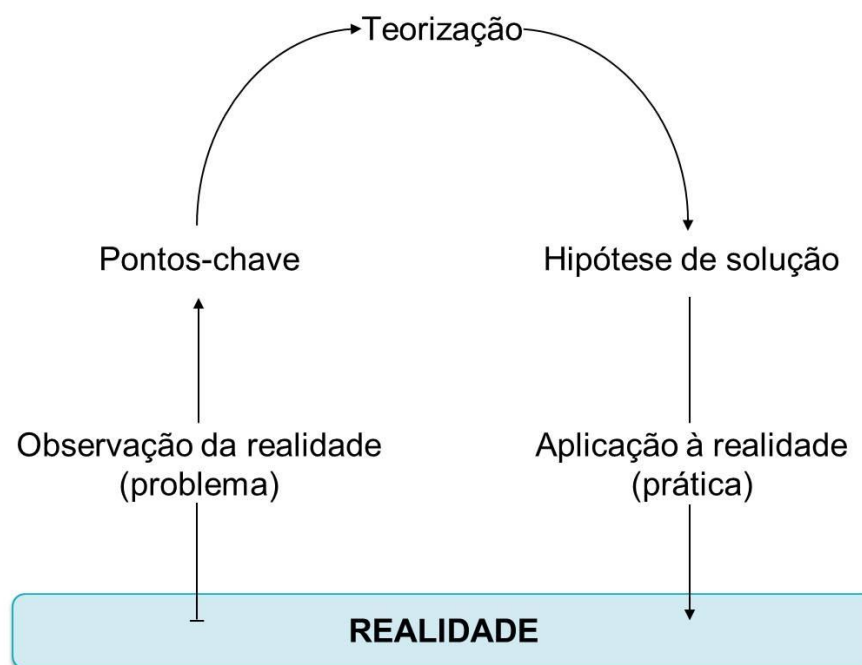


FIGURA 1 – ARCO DE MAGUERES  
FONTE: BORDENAVE; PEREIRA (2002).

Segundo Berbel (2012), o Arco de Magueres é composto por cinco etapas:

Na primeira ocorre “observação da realidade” com vistas a identificar os pontos críticos e problemáticos que necessitam serem aperfeiçoados. Nesta etapa partiu-se das experiências dos sujeitos da pesquisa e utilizou-se dados de pesquisa realizada no Alojamento Conjunto.

Na segunda etapa estimula-se um momento de síntese a partir do “levantamento dos pontos-chave”, após a análise inicial da observação da realidade. É o momento de definir aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos para buscar uma resposta ao problema. Produz reflexão sobre possíveis fatores e determinantes maiores desse problema como preparação para definição dos pontos-chave do estudo, um momento de definir aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos para buscar uma resposta ao problema (BERBEL, 2012). Após reflexão dos grupos, levantaram-se as seguintes palavras-chave: acolhimento, vínculo, contato, respeito, confiança e interação da equipe.

A terceira etapa, “teorização do problema”, é investigativa e leva o grupo a pensar uma proposta de solução do problema. Nesta, pode-se comparar com as percepções iniciais, rever as proposições, aprofundar o conhecimento e ter uma consciência maior sobre o problema levantado (BERBEL, 2012). Utilizaram-se três textos: Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996); Contato Pele a pele entre mãe e recém-nascido (BRASIL, 2011) e Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência (BRASIL, 2010).

A quarta etapa é o momento de “formulação de hipóteses de solução”. Na qual se estimula soluções criativas, ações diferentes para poder exercer diferença na realidade, a partir da melhor compreensão desta, e sob um novo olhar estar livre para pensar e buscar mudanças reais na realidade (BERBEL, 2012).

Após todas essas etapas, chega-se a quinta e última etapa que consiste em “modos de intervenção na realidade”, uma fase de ação concreta sobre a mesma realidade de onde foi extraído o problema. A finalidade é promover uma transformação na realidade estudada (BERBEL, 2012).

A reflexão da própria prática, no cuidar da família com vistas à construção do vínculo familiar com o recém-nascido e o reconhecimento das práticas de cuidado já existentes na instituição, impulsionou movimento de mudança, no cotidiano do cuidado de enfermagem para construção do vínculo. Na perspectiva ação reflexão ação, na qual ocorre um movimento contínuo, ainda não adveio, de forma institucional a implantação das diretrizes, aqui proposta, pois requer tempo e articulação para esta.

O processo como um todo permitiu a construção de conhecimentos pelo envolvimento dos participantes com os dados levantados a partir da realidade vivenciada e com as atividades para a sua elaboração em cada uma das etapas.

## 4.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em um Hospital de Ensino, na Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN), composta pelos serviços de Pronto Atendimento Obstétrico, Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Neonatologia e Banco de Leite Humano e Ginecologia.

O Hospital de Clínicas (HC) é um órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná, o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários federais do país. Presta assistência hospitalar à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, à pesquisa e a extensão. Conta com vários serviços que, ao longo dos anos, conquistaram reconhecimento nacional e internacional. A instituição perfaz uma área construída de 60.432,44 m<sup>2</sup>, na qual circulam cerca de 11.000 pessoas diariamente, conta com vários serviços de referência, entre eles o Serviço de Transplante de Medula Óssea, Transplante Hepático, Transplante Renal, Transplante Cardíaco, Banco de Ossos, UTI Neonatal, Banco de Leite Humano, entre outros (HC, 2011).

O HC/UFPR optou por uma mudança organizacional e gerencial adotando um modelo de gestão democrático e participativo, baseado na descentralização das decisões e na corresponsabilidade do corpo funcional. Este arquétipo, proposto pelo Ministério da Saúde, é focado no usuário, tem como objetivo a integralidade do cuidado e a qualidade da assistência (HC, 2011).

A UMRN é referência para gestação de Alto Risco, Gestantes HIV e Mulheres Vítimas de Violência Sexual para o Estado do Paraná. Tem um atendimento médio em Obstetrícia e Emergência Obstétrica de 850 pacientes, com aproximadamente 2 mil partos por ano (HC, 2011).

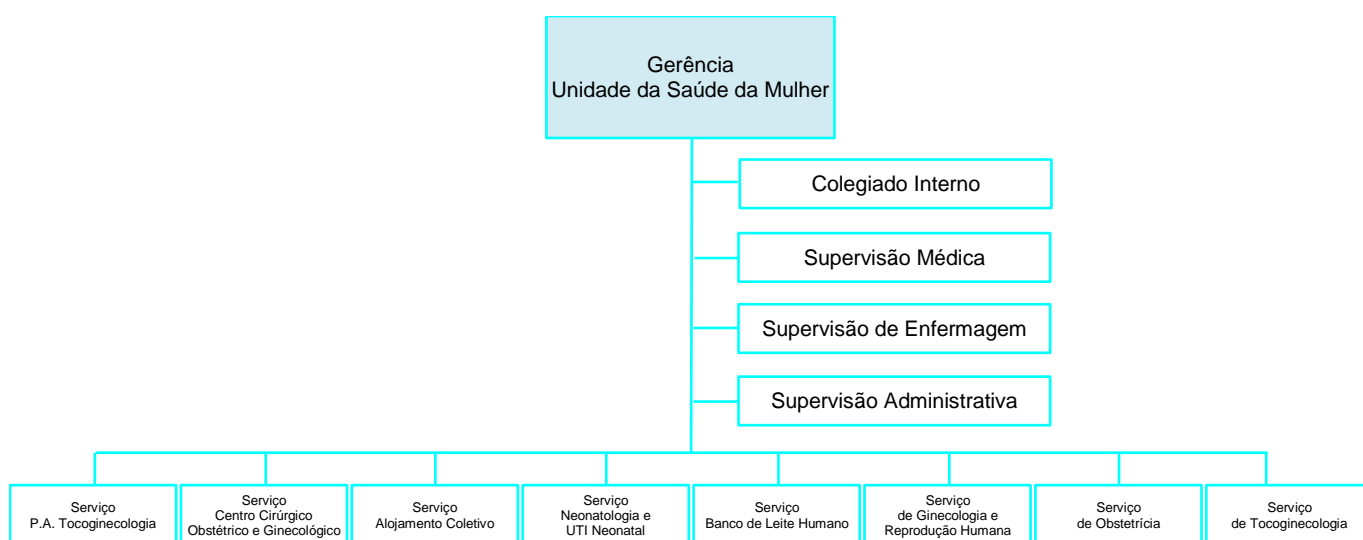


FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DA UNIDADE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO  
FONTE: UMRN (2013).

A Missão da Unidade é “Prestar assistência hospitalar, multiprofissional, de excelência, na área da saúde sexual, reprodutiva, ginecológica e ao recém-nascido, garantindo campo apropriado para o ensino, à pesquisa e a extensão”. Para que se possa cumpri-la, todos os serviços têm se empenhado em implantar práticas de qualidade, atender os critérios do Programa de Acreditação, Implantação do Programa 5S, escrever e implantar os Procedimentos Operacionais Padrão (Pops), protocolos clínicos e incentivos à Educação Permanente. Integra o Programa Mãe Curitibana, Mãe Paranaense e Rede Cegonha, desenvolvido pela Prefeitura de Curitiba e Governo Estadual/Federal para as usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS (HC, 2011).

Na UMRN atuam aproximadamente 198 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, administradores e auxiliar administrativo. Presta um atendimento de excelência, humanizado e segue os critérios e os 10 Passos para o sucesso do aleitamento materno da Iniciativa do “Hospital Amigo da Criança”. Paralelamente, trabalha na implantação de um sistema de comunicação entre os vários serviços que compõe a Unidade, com grande interação entre as equipes por intermédio de gestão colegiada (HC, 2011).

A Unidade da Mulher e do Recém-nascido iniciou o processo de implantação de Unidade Gerencial em primeiro de agosto de 2008 com a criação do pré-colegiado composto por representantes de todos os serviços. Esta Unidade é composta pelos seguintes serviços: Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico,

Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Neonatologia, Banco de Leite Humano e Ginecologia e Reprodução Humana.

O Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico atende gestantes de alto risco, emergências ginecológicas, mulheres e homens vítimas de violência sexual. O Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico realiza cirurgias ginecológicas e obstétricas e assistência a gestantes, parturientes e puérperas de alto risco. O Alojamento Conjunto atende puérperas e recém-nascidos de alto risco, gestantes com patologias e realiza o teste do pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho.

O Serviço de Neonatologia e UTI Neonatal presta assistência aos recém-nascidos de alto risco e médio risco e possui uma enfermaria Canguru. A UTIN/HC tem como características de sua clientela um grande número de prematuros e de RN de baixo peso, portadores de anomalias congênitas, RN decorrentes de transtornos perinatais, RN com necessidades cirúrgicas diversas, RN filhos de mãe diabética, RN isoimunizados; e RN de agravos sociais entre outras patologias. Neste serviço se pratica todas as etapas do Método Canguru, inclusive com profissionais tutores do Estado do Paraná. Está em processo de credenciamento para torna-se Centro de Referência para o Método Canguru pelo Ministério da Saúde. O serviço é composto de dez leitos para UTIN, doze leitos de UCINCO e três leitos de UCINCA. Desde 2001 vem sendo implantado o atendimento humanizado ao RN de baixo peso – Método Canguru.

O Hospital possui um Banco de Leite Humano, que iniciou suas atividades em 1978. Coleta, em média, 220 litros mês. O leite humano é destinado aos recém-nascidos prematuros internados na Neonatologia e Alojamento Conjunto. Tem como propósito auxiliar as mulheres a amamentar seus bebês, prevenir e/ou superar as dificuldades decorrentes da amamentação, aumentar o volume de leite recebido, diminuir o volume de leite desprezado pelas análises e contribuir para que um número cada vez maior de bebês iniciem suas vidas da forma mais saudável (HC, 2011).

O Serviço de Ginecologia e Reprodução Humana presta assistência a pacientes no pré e pós-operatório ginecológico e onco-ginecológico.

Em 1995, o Hospital de Clínicas de UFPR recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, sendo o primeiro Hospital Universitário e o terceiro hospital público do Brasil. Capacitando cerca de duzentos profissionais de saúde a prestar orientações sobre o incentivo ao aleitamento materno.

Na Unidade da Mulher e do RN é respeitada a Lei do Acompanhante e principalmente no PA, CCO e AC a mulher desfruta desse direito com acompanhante de sua escolha durante as 24 horas do dia. No Serviço de Neonatologia é permitida a presença dos pais nas 24 horas e ainda existem três horários de visita na semana para outros familiares.

## 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da equipe de enfermagem que atuam nos setores da UMRN: Pronto Atendimento Obstétrico, Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Neonatologia, Banco de Leite Humano e Ginecologia da Unidade da Mulher e do Recém-nascido do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, distribuída conforme Quadro 1:

SETORES DA UMRN	Enfermeira	Técnico em Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem
	N	N	N
Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico	3	3	7
Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico	6	2	18
Alojamento Conjunto	4	3	10
UTIN	10	15	39
Banco de Leite Humano	1	1	6
Ginecologia	3	2	9
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>89</b>

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO DE ACORDO COM O SETOR QUE ATUA POR CATEGORIA PROFISSIONAL.

FONTE: UMRN (2012).

Para compor os sujeitos da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser da equipe de enfermagem da Unidade da Mulher e do Recém-nascido, atuar no cuidado direto ao paciente e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos

profissionais de enfermagem que não atuam no cuidado direto às parturientes e puérperas, ou que não concordaram em participar da pesquisa.

Foram convidados todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Distribuíram-se convites para todos os setores com as datas, horários e local das oficinas. As pessoas que manifestaram o desejo em participar, foram liberadas pela chefia em horário de trabalho. Deste modo, foram sujeitos da pesquisa vinte membros da equipe de enfermagem dos seis setores da maternidade que compõe a Unidade da Mulher e do Recém-nascido, divididos em dois grupos de dez membros. Um grupo no período da manhã e outro grupo no período da tarde.

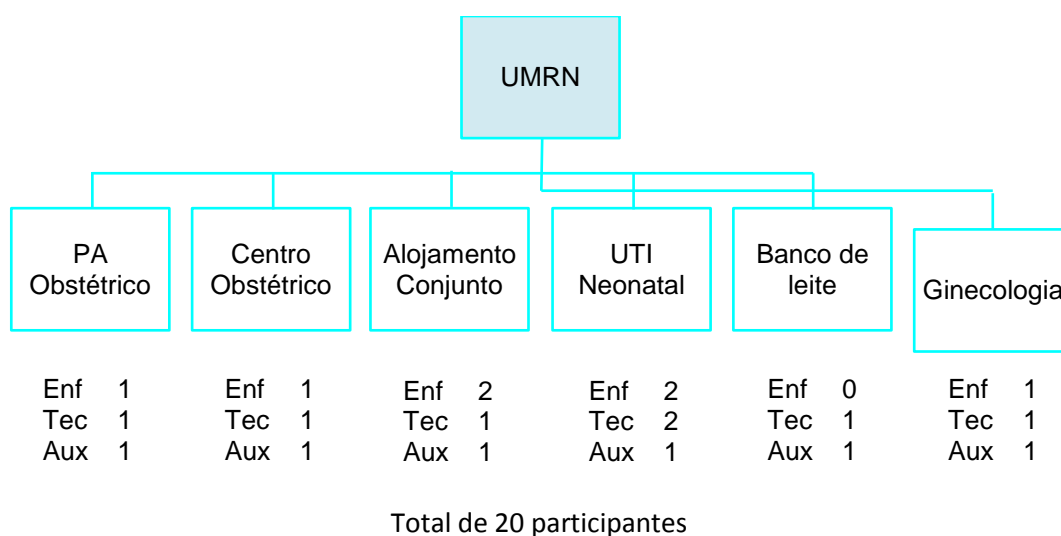


FIGURA 3 – SUJEITOS POR SETORES

Optou-se por identificar os sujeitos com códigos, a fim de garantir o anonimato e evitar que o mesmo seja identificado. Utilizaram-se tarjetas coloridas para identificação dos setores: Pronto Atendimento, tarjeta azul; Centro Obstétrico, tarjeta verde; Alojamento Conjunto, tarjeta amarela; UTIN, tarjeta rosa; Banco de Leite, tarjeta bege e Ginecologia, tarjeta salmão. Também foram divididos em turno manhã e tarde.

Dessa forma surgiram as seguintes siglas: T – tarjeta; A – azul; V – verde; Am – amarela; R – rosa; B – bege; S – salmão; M – manhã; T – tarde.

Exemplos: TAmM = tarjeta amarela turno manhã; TVT – tarjeta verde turno tarde.

### 4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de Oficinas de Práticas Educativas pautadas no Arco de problematização de Charles Maguerez, descrito por Bordenave e Pereira (2002). As Oficinas são consideradas como um espaço para reflexão e discussão das vivências, permitindo a identificação de temas fundamentais para melhor compreender o problema em pauta (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

A coleta foi efetuada no período de outubro e novembro de 2012. Participaram das oficinas representantes de enfermagem dos setores envolvidos na pesquisa, divididos em dois grupos. Cada grupo participou de quatro oficinas.

Os temas abordados nas oficinas foram: Acolhimento e construção de Vínculo Familiar com o RN; ações realizadas no cuidado de enfermagem para promoção do vínculo familiar com o RN; Diretrizes para o cuidado de enfermagem com vistas à construção do vínculo familiar com o RN.

A primeira Oficina iniciou com uma dinâmica para apresentação do grupo, esclarecimento sobre a pesquisa e seus objetivos e a proposta da oficina. Em seguida, foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser preenchido e assinado pelos participantes que concordassem em participar. Nesta oficina foi trabalhada a primeira fase do Arco de Maguerez com levantamento do problema mediante observação da realidade. Nesta etapa, para subsidiar a apreensão da realidade foram utilizados dados da pesquisa “Elementos promotores do vínculo mãe-bebê na percepção das puérperas internadas no Alojamento Conjunto”, realizada na mesma instituição (BARONI, 2012). A discussão dos resultados desta pesquisa contribuiu para o levantamento dos pontos-chave.

A segunda Oficina teve início com uma retrospectiva da oficina anterior. O grupo foi dividido em dois subgrupos com representantes de cada setor. Cada grupo refletiu e discutiu a respeito das ações realizadas em seu setor, as mesmas foram registradas em tarjetas coloridas conforme o setor e agrupadas em ações promotoras e ações dificultadoras, para a construção do vínculo familiar com o RN. Também foi realizada a terceira etapa do Arco, a Teorização, baseada nas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento do Ministério da Saúde (OMS, 1996); Contato Pele a pele entre mãe e recém-nascido (BRASIL, 2011) e Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência (BRASIL, 2010).



Após a teorização os participantes tiveram como atividade para a próxima oficina, discutir em seu local de trabalho o resultado dessa oficina e trazer para o próximo encontro sugestões de ações de cuidado de Enfermagem, que poderiam ser implementadas para promoção do vínculo familiar com o RN.

A terceira oficina objetivou trabalhar a quarta etapa do Arco - A hipótese de solução. Resgatou-se a tarefa solicitada na segunda oficina. Os participantes foram agrupados por setores para delinear diretrizes para o cuidado de enfermagem para a construção do vínculo familiar com o RN.

A quarta oficina reuniu os participantes dos dois grupos das oficinas e foram convidados os responsáveis pelos setores da Maternidade gerentes, supervisores, membros do Colegiado Interno da UMRN, dentre outros. Os participantes dos grupos apresentaram as diretrizes de cuidado construídas nas oficinas. Em seguida, reuniram-se por setores, juntamente com seus responsáveis. Cada setor construiu coletivamente uma proposta de cuidado à mulher, recém-nascidos e familiares visando à promoção do vínculo familiar. Após compilar as propostas dos grupos apresentou-se uma síntese dos trabalhos na reunião do Colegiado Interno da Unidade da Mulher e do Recém-nascido.

Dessa forma, chegou-se à quinta etapa do Arco - Aplicação à Realidade que se deu pela discussão e apropriação e transformação da realidade. A coleta de dados foi esquematizada na representação gráfica apresentada na figura 2 a seguir.

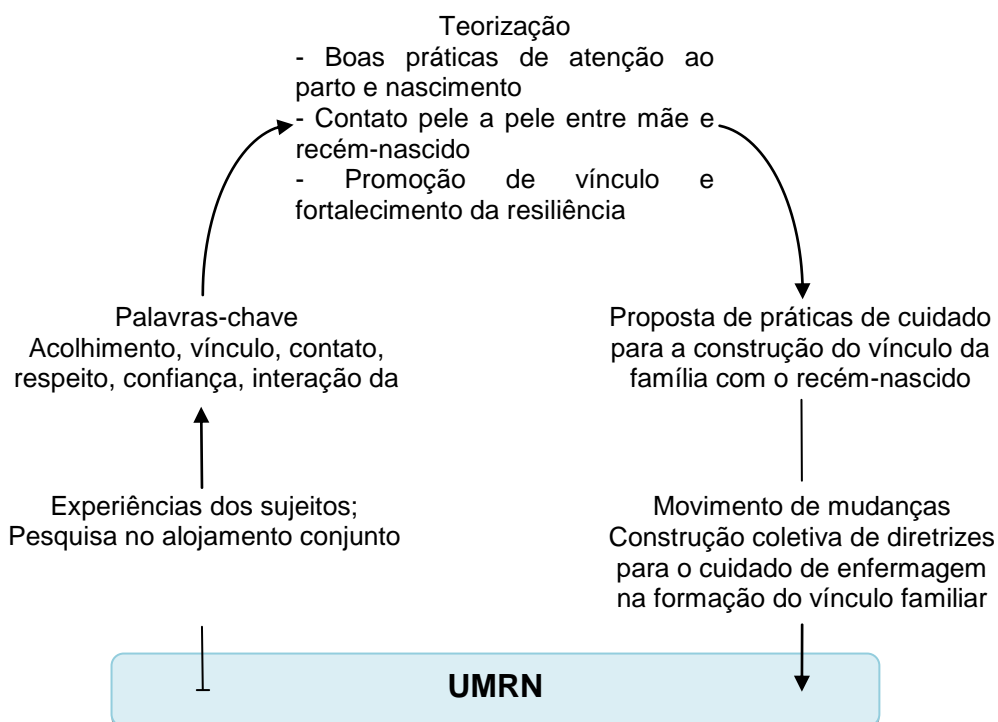


FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS OFICINAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PAUTADAS NO ARCO DE PROBLEMATIZAÇÃO DE CHARLES MAGUERETZ (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram interpretados segundo o método de análise categorial temática proposto por Laurence Bardin (2009), que propõe três etapas de análise de discursos: 1- pré-análise, 2 - descrição analítica e 3 - interpretação inferencial. Na pré-análise, preparou-se o material a ser analisado e a transcrição na íntegra das oficinas tanto das gravações como dos registros realizados nas tarjetas. A fase seguinte, de exploração do material, consistiu em leituras flutuantes, levando a operações de codificação. Nesta fase, classificaram-se as unidades temáticas sob um título genérico em um processo denominado categorização, que é a simplificação dos dados brutos passando-os para os dados organizados. Concluindo a análise dos dados, os resultados foram tratados de maneira significativa, para que se pudesse propor inferências e interpretações.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender os preceitos éticos da Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, após a concordância do Hospital de Clínicas da UFPR e recebeu parecer favorável à realização da pesquisa número: 28549.

Os participantes foram informados a respeito da pesquisa, os objetivos do estudo, e a proposta das oficinas, sendo-lhes facultada a desistência a qualquer momento que desejarem. Para garantir o sigilo e anonimato os nomes dos sujeitos foram omitidos e atribuídos códigos para identificação. As oficinas foram gravadas em gravador digital, após permissão e autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da interpretação dos dados emergiram três categorias temáticas: contribuições do cuidado de enfermagem para construção do vínculo familiar com o recém-nascido; limitações para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido e diretrizes para o cuidado de enfermagem, na construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

### 5.1 CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM NASCIDO

O processo do parto envolve toda a família em um momento de transformação em suas vidas. Portanto, o cuidado de enfermagem deve estar voltado às necessidades dessa família, respeitando suas particularidades. Para que isso ocorra é indispensável interação entre o enfermeiro e a família, que requer diálogo, sensibilidade e afetividade. O cuidado sensível extrapola o cuidado técnico e o alívio à dor, é olhar, ouvir, observar, sentir, empatizar com o outro, estar disponível para fazer com ou para o outro (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006).

Este cuidado é imprescindível nos momentos que antecedem ao parto e no momento do nascimento. Nesta hora a família e em especial a mulher necessita de atenção, pois apresenta alterações em seu estado emocional e fica mais sensível e vulnerável às mudanças do ambiente e da relação com as pessoas que a cercam.

Neste momento o papel da equipe de enfermagem é fundamental na construção do vínculo familiar com o recém-nascido. Faz-se necessário ouvir o que as parturientes sentem para que o trabalho de parto transcorra naturalmente, incluir a família no ambiente do parto e promover o contato com o recém-nascido logo após o nascimento.

No discurso da equipe de enfermagem durante as oficinas foram relatados os cuidados no acolhimento da família que estimulam a presença destes no acompanhamento no processo de parturição e estimulam a participação no cuidado:

- [...] Permitir a presença de um acompanhante durante todo o tempo de internação (TAM);*
- [...] Permitir o acompanhante durante a consulta (TAM);*
- [...] Presença do acompanhante 24 horas no pré-parto e pós-parto (TVM);*
- [...] Permitir e incentivar acompanhamento 24 horas por acompanhante escolhido pela puérpera (TSM);*
- [...] Incentivo e manutenção do acompanhante 24 horas /dia nas enfermarias (TAmM);*
- [...] Horário livre para familiares conhecer o RN após o nascimento (TVM);*
- [...] Proporcionar visitas ao RN após o nascimento (avós, irmãos, etc.) (TVM);*
- [...] Conduzir o pai ou acompanhante até o CO [centro obstétrico] na ocasião do internamento (TAT);*
- [...] Orientar o acompanhante em relação ao horário de visita (TAM);*
- [...] Avisar sobre o procedimento proposto à família quando a paciente está sozinha (TVM);*
- [...] Os pais são estimulados e incentivados a cuidar do RN enquanto as mães realizam a higiene pessoal (TAmM).*

No discurso dos sujeitos pode-se perceber que nos vários setores da UMRN já se desenvolvem práticas de cuidado visando à construção do vínculo familiar com o recém-nascido. Apesar da estrutura física não estar adequada, os familiares estão participando do cotidiano da mulher no processo do nascimento. A equipe de enfermagem tem desenvolvido estratégias para inclusão dos familiares, embora não seja uma prática uniforme e rotineira em todos os turnos e com todos os integrantes da equipe.

Para atender o cuidado de modo integral na atenção obstétrica e neonatal, as equipes de enfermagem reorganizaram seus processos de trabalho. Várias iniciativas foram realizadas nas unidades da maternidade desta instituição, para inclusão dos familiares na busca da construção do vínculo familiar com recém-

nascido: ampliação de horários de visitas com revezamento e horários em todos os turnos, livre acesso dos pais na UTI neonatal, implantação do Programa de Acolhimento aos acompanhantes e visitantes na Unidade de Alojamento Conjunto.

Nesta reorganização dos processos, o Programa de Acolhimento do Alojamento Conjunto alocou uma pessoa da equipe nos horários da manhã e tarde para acolher familiares e visitantes, orientando sobre o funcionamento da unidade, lavagem de mãos, comportamento nas enfermarias, dentre outras. O programa conta também, com voluntárias no Centro Obstétrico para acolher os familiares e acompanhantes.

Na Unidade de Neonatologia ocorrem visitas dos avós e irmãos, primeira visita dos pais ao RN prematuro com acompanhamento e orientação da equipe de enfermagem, reunião com equipe multidisciplinar com pais de RN internados, recebe visita das gestantes de risco e do ambulatório de malformações e a implantação do Método Canguru.

O Banco de Leite Humano realiza atendimento presencial e telefônico, inclui os familiares no atendimento realizando os procedimentos e orientações necessárias e distribui folders educativos. Neste setor as mulheres são atendidas em um local agradável, confortável, promovendo a privacidade necessária.

Os dados encontrados nesta pesquisa estão em consonância com as políticas públicas brasileiras voltadas para a atenção ao parto e nascimento, pois a Lei do Acompanhante garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Essa legislação visa contribuir na construção do vínculo familiar com o recém-nascido e a humanização do cuidado à mulher e sua família no momento do parto.

A mulher durante a gestação apresenta diversas modificações no estado emocional e social, sente-se insegura, ansiosa e frágil, necessitando de atenção, afetividade e companheirismo (SANTOS *et al.*, 2012). Portanto, a presença da família pode proporcionar à parturiente sensação de amparo, coragem, relaxamento, tranquilidade e conforto, além de contribuir na construção do vínculo familiar (TELES *et al.*, 2010).

O aumento da participação do acompanhante exerce um papel importante na construção do vínculo e gera a possibilidades de mudanças comportamentais nas práticas relativas ao cuidado familiar (HOGA; PINTO, 2007).

Vale ressaltar que apenas garantir a presença do acompanhante não garante mudanças no modelo de atenção à família no processo de parturição. Destarte, torna-se necessário refletir sobre quais cuidados de enfermagem e como realizá-los para que possam contribuir na construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

A equipe de enfermagem precisa reconhecer o potencial do acompanhante no processo do nascimento e os benefícios do suporte deste na instituição hospitalar e em casa (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010). No entanto, o acompanhante deverá ser de livre escolha da mulher, possuir vínculo e que possa promover o empoderamento da mesma, no processo do nascimento proporcionando suporte, apoio físico e emocional.

Alguns cuidados foram citados pelos participantes desta pesquisa relacionados à construção do vínculo como: orientar o acompanhante e a mulher sobre o funcionamento da unidade, local para guarda dos pertences, desenvolver vínculo da equipe com a família proporcionando confiança entre estes, envolver os familiares nos procedimentos rotineiros da instituição como: testes do pezinho, orelhinha e coraçãozinho; cuidados com o bebê, amamentação, entre outros. As sugestões dos participantes foram verbalizadas desse modo:

*[...] Chamar o pai e a mãe para realizar o Teste do Pezinho e do coraçãozinho (TAmM);*

*[...] Orientar sobre amamentação e seus benefícios (TVT);*

*[...] Orientar sobre o que é preciso trazer para a mãe e bebê para os primeiros dias de nascido. O que é desnecessário, exageros (TAT);*

*[...] Esclarecer com palavras claras sobre o funcionamento da Unidade (TAM);*

*[...] Esclarecimento de dúvidas com outros cuidados ao bebê como, por exemplo: amamentação, peso, cuidados com umbigo, banho e ouvido (TBT);*

*[...] Proporcionar o contato na primeira hora após o nascimento com a mãe (TVT).*

As orientações sobre os pertences e o funcionamento da unidade fazem com que a mulher fique calma, menos ansiosa e propensa a construção do vínculo com

seus familiares e o recém-nascido. Incluir o acompanhante no cuidado promove o sentimento de “tomar conta da mulher e do filho”, no sentido de prestação de cuidados, atenção e participação. Traz mais segurança para os cuidados domiciliares, reforçando a paternagem e aprendendo e ganhando experiência (SCHMIDT; BONILHA, 2003).

O período pós-parto é um momento importante para o aprendizado da mulher e seus familiares. O acompanhante pode ser estimulado a participar nos cuidados com o recém-nascido, adquirindo habilidade para essa atividade e continuar ajudando a mulher em casa (MONTICELLI, 2003).

Outra contribuição levantada nesta pesquisa foi o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora pós-parto. O Ministério da Saúde brasileiro preconiza que todo recém-nascido deve ser colocado junto à mãe para promover a amamentação na primeira hora de vida, sendo um dos passos da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (OMS, 2001). O contato pele a pele acalma o bebê, reduz o choro e o estresse com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (WHO, 2006).

Os profissionais de saúde das instituições podem ser facilitadores ou complicadores desta prática do contato pele a pele. Os elementos da equipe de enfermagem, que realizam suas atividades no processo de cuidar da mulher, criança e da família durante o parto e o nascimento são agentes imprescindíveis no estímulo a esse primeiro contato, contribuindo para o vínculo mãe-bebê (CRUZ; SUMAN; ESPÍNDOLA, 2007).

Segundo os autores *op. cit.*, a compreensão das experiências da puérpera diante desta realidade vivenciada na sala de parto das maternidades fará com que altere o processo de cuidar de modo integral e com valores humanistas, pois as famílias possuem o direito de serem acolhidas nas suas necessidades.



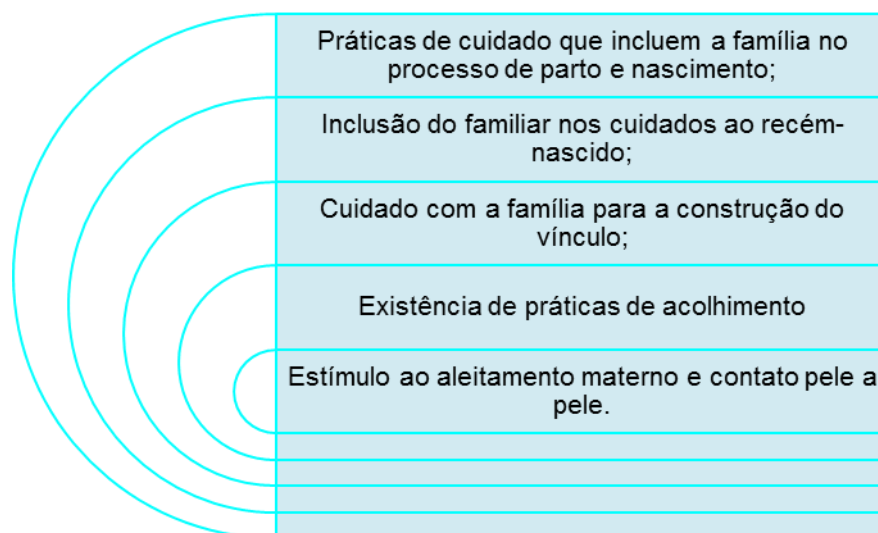


FIGURA 5 – SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO

## 5.2 LIMITAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM RECÉM-NASCIDO

Apesar dos avanços apresentados na categoria Cuidados de Enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido, é possível perceber diversidade, pois mesmo com muitas falas de acolhimento aos familiares ainda existem locais na UMRN que não incluem o familiar no processo do parto e nascimento. Isto remete a necessidade de uniformizar as condutas e protocolos na unidade.

Os profissionais da equipe de enfermagem, nesta pesquisa, colocam como uma das limitações para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido a falta de infraestrutura das instituições, que ocasiona dificuldades em manter a privacidade das usuárias, bem como a permanência do acompanhante.

Não ocorre o preparo da equipe de enfermagem no acolhimento aos familiares e a sistematização do cuidado à família no processo do nascimento é inadequada, o acompanhante não recebe orientações prévias para adentrar ao Centro Obstétrico. O comprometimento da equipe multiprofissional inexistente e a

resistência da equipe de enfermagem e equipe médica em aceitar a presença do acompanhante, constituem dificultadores do vínculo familiar com o recém-nascido.

Os fatores limitantes para a promoção do vínculo familiar com recém-nascido estão presentes nas falas dos participantes do estudo:

*[...] Falta de espaço adequado, estrutura física inadequada para o acompanhante (TVT, TAmM);*

*[...] Falta de privacidade (TVM);*

*[...] Falta de orientação para o acompanhante antes de entrar no Centro Obstétrico (TVT);*

*[...] Falta de preparo dos funcionários para orientar os acompanhantes (TVT);*

*[...] Resistência da equipe de enfermagem e equipe médica em aceitar a presença do acompanhante (TVM);*

*[...] Falta de comprometimento da equipe (TAM).*

A instituição onde o estudo foi realizado não tem uma estrutura física adequada para a inclusão do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Uma das limitações também é a falta de privacidade. Para atender os padrões de funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, fundamentadas na qualificação e humanização da atenção e gestão, foi publicada a RDC 36, determinando que os serviços de saúde devam garantir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante o acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto imediato, garantindo também um ambiente de privacidade para a mulher e o acompanhante (BRASIL, 2008).

De certa forma, os espaços físicos não são adequados, pois não se previa um atendimento de forma integral, com a inclusão dos familiares no momento do parto. Esta dificuldade ocorre na maioria das maternidades brasileiras, mas não pode ser utilizada como forma de justificar o impedimento da presença do acompanhante. Além das mudanças na estrutura física, faz-se necessário mudanças nos valores e comportamento dos profissionais da equipe de enfermagem, flexibilização das rotinas hospitalares e uma política institucional bem definida e discutida com as equipes (NASSIF, 2009).

Em uma pesquisa realizada em uma maternidade de Santa Catarina, os profissionais de enfermagem relataram que os espaços não são adequados para acolher o acompanhante, ausência de poltronas e infraestrutura de apoio, como sanitários, copa, etc. Os quartos coletivos, sem privacidade, são fatores limitantes à presença do acompanhante (NASSIF, 2009).

Em um estudo realizado por Parada e Carvalhaes (2007) mostrou que as maternidades têm espaços físicos inadequados para um cuidado humanizado à mulher, recém-nascido e família acompanhar o processo de nascimento. Esses ambientes não foram pensados, durante sua construção conforme as prerrogativas da humanização da assistência ao parto e nascimento. Contudo, esse fato não constitui motivo de exclusão dos familiares.

Dias e Deslandes (2006) referem que a necessidade de mudanças nas estruturas hospitalares é considerada um desafio para as instituições, pois, todos precisam inserir o acompanhante nos ambientes de atenção ao parto e nascimento, favorecendo a humanização.

Em relação às dificuldades da equipe em acolher os familiares, Longo, Andraus e Barbosa (2010) afirmam que a atenção ao parto vão além das limitações da estrutura física, os profissionais de enfermagem deverão estar preparados e capacitados para se relacionarem com esses novos membros. Deverão ser repensados os seus valores, concepções pessoais, questões de gênero, dentre outros.

Outra questão abordada pelos sujeitos desta pesquisa diz respeito a falta de orientação do acompanhante antes de entrar no Centro Obstétrico. Segundo a pesquisa de Santos *et al.*, (2012) o preparo do acompanhante é fundamental e primordial pois essa orientação poderá fazer com que ele adquira conhecimentos suficientes para compreender o processo de parto e nascimento, auxiliando a mulher no trabalho de parto .

Corroborando com alguns achados desta pesquisa, o autor *op cit.* refere que as equipes estão despreparadas para lidar com os familiares como participante do processo de parto e nascimento. Torna-se necessário a construção de normas e rotinas claras quanto ao papel do profissional de saúde no acolhimento aos familiares.

Outro fator limitador é a falta de sistematização do cuidado a família no processo de nascimento, algumas unidades proporcionam espaços para o

acompanhante e os incluem nos cuidados e outros setores não o fazem. Falta sistematização na unidade para receber a família nos setores diferenciados, mas com o direcionamento para o cuidado humanizado, se faz necessário estimular a construção do vínculo familiar com recém-nascido.

Nesta perspectiva, uma das etapas deste trabalho foi discutir coletivamente propostas de mudanças da realidade e assim propor diretrizes para o cuidado como uma forma de ouvir as bases de operacionalização das práticas de cuidado, entendendo o potencial de mudanças desta reflexão.

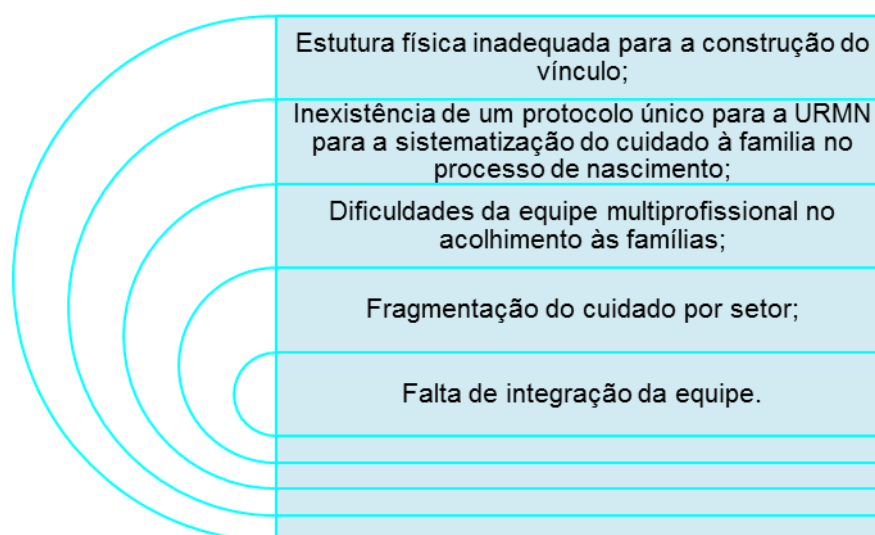


FIGURA 6 – QUADRO SÍNTESE DAS LIMITAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO

### 5.3 DIRETRIZES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM RECÉM-NASCIDO

As contribuições e limitações do cuidado de enfermagem apresentadas nas oficinas realizadas com a equipe de enfermagem possibilitaram delinear diretrizes para o cuidado de enfermagem para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

Ressalta-se que pequenas reestruturações de infraestrutura, reorganização no processo de trabalho, proposta de integração da equipe com momentos e

espaços para troca de experiências e a elaboração de protocolo único da UMRN são algumas das diretrizes que poderão contribuir de forma efetiva nas ações de construção do vínculo familiar com o recém-nascido, como apresentadas nas falas a seguir:

- [...] Estimular o acolhimento aos visitantes e familiares;*
- [...] Realizar o primeiro acolhimento pelo enfermeiro aos familiares;*
- [...] Propiciar a participação dos acompanhantes durante o atendimento;*
- [...] Melhorar a orientação na hora do atendimento e internamento;*
- [...] Ampliar a visita dos avós;*
- [...] Trazer a família para participar dos procedimentos técnicos;*
- [...] Mostrar o RN para todo o familiar independente do horário;*
- [...] Estimular o pai a realizar o banho do RN;*
- [...] Orientar o acompanhante que vai auxiliar no cuidado com o RN em casa a realizar o banho;*
- [...] Realizar orientação aos avós ou à pessoa que vai auxiliar as mães no cuidado com o RN em casa;*
- [...] Estimular o aleitamento materno e o contato pele-a-pele na primeira hora pós-parto;*
- [...] Estimular a visita das gestantes do Pré-natal ao BLH para realização de orientação precocemente;*
- [...] Realizar oficina com gestantes com a mesma patologia no Pré-natal;*
- [...] Estimular ações de integração das equipes de enfermagem na UMRN - reuniões de vivências e reuniões de equipe;*
- [...] Conhecer o trabalho do outro - Programa de Integração Funcional;*
- [...] Dar continuidade a esses encontros com todos os setores;*
- [...] Implantar um Grupo Interno de Educação Permanente.*

- [...] Oficinas de sensibilização para 100% da equipe de enfermagem sobre a importância da família no momento do parto;*
- [...] Realizar treinamentos do Método Canguru;*
- [...] Realizar um curso de ética profissional e comportamento ético;*
- [...] Implantar o Programa de Acolhimento aos visitantes e familiares na UTI neonatal;*
- [...] Elaborar rotina para os acompanhantes iguais em todos os setores;*
- [...] Providenciar novas divisórias para o pré-parto;*
- [...] Deixar as puérperas em enfermarias separadas;*
- [...] Implantar um guarda-volumes na maternidade;*
- [...] Readequação dos leitos no AC;*
- [...] Agilizar as altas no AC.*

Embora algumas ações já surgissem na primeira categoria, elas reaparecem como iniciativas incipientes que não atendem as necessidades da família e da Política Nacional de Humanização. Para isso, a equipe sugere a implantação do Acolhimento de forma sistematizada para uniformizar as rotinas em toda a unidade, como a fala *[...] Elaborar rotina para os acompanhantes iguais em todos os setores*.

Para a Política Nacional de Humanização - PNH, o acolhimento é entendido como uma postura e prática nas ações de atenção e gestão de saúde, que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (BRASIL, 2009).

O acolhimento é uma tecnologia leve, um dispositivo relacional que busca maior contato, proximidade entre as equipes para a resolução dos problemas dos usuários, favorecendo uma nova maneira de pensar e agir em saúde (MEHRY, 2007). O acolhimento pode ser um ativador de mudanças no processo de trabalho e também do modelo assistencial (SCHOLZE; DUARTE; SILVA, 2009).

O acolhimento deve servir aos princípios da integralidade e universalidade, gerar vínculo e resolubilidade dos problemas de saúde da população, provocar mudanças nos processos de trabalho e modelos de cuidado (ZIMMERMANN, 2010).

Pensar em mudar processos de trabalho pautado nos princípios da integralidade é ir além da execução de tarefas e o exercício das competências profissionais. Portanto o modelo de cuidado passa a ter uma perspectiva de encontro entre profissionais de saúde e usuários, alterando o foco da intervenção das práticas de saúde, voltado à cura das patologias para o cuidado de sujeitos, por meio de compartilhamento de saberes e respeito à subjetividade das famílias (MACHADO *et al.*, 2007).

Portanto, para oferecer um modelo de cuidado que contemple os sentidos da integralidade deve-se considerar a mulher como pessoa a ser atendida, em suas necessidades, a participação da família no contexto do cuidado ao recém-nascido, nas definições do cuidado a ser realizado, com suporte da equipe, para aumentar sua capacidade de cuidar de seu filho e sua oportunidade de discutir com a equipe de enfermagem (DUARTE *et al.*, 2012).

Esta mudança pauta-se no entendimento que a participação da família no período de internação contribui para a construção do vínculo, redução do estresse na família causado pela hospitalização e seu preparo para suporte familiar no cuidado ao recém-nascido no domicílio (HEERMANN; WILHELM, 2005).

Estudos demonstram a importância que deve ser dada ao preparo do familiar para a alta hospitalar. Inserir os familiares nos cuidados durante a internação de forma contínua, planejada e gradativa oferece aos mesmos o tempo necessário para adaptar-se às novas rotinas domésticas (COUTO; PRAÇA, 2012).

Outro aspecto relevante foi relacionado ao aleitamento materno e o contato pele a pele precoce. O contato pele a pele deve iniciar logo após o nascimento, uma vez que é um período que o recém-nascido passa por uma fase chamada inatividade alerta. O contato deve ser contínuo e prolongado, pois acalma, reduz o choro, o estresse e mantém o aquecimento pela transmissão de calor do corpo da mãe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Mesmo com todos esses benefícios, na prática cotidiana, algumas rotinas hospitalares dificultam este processo. A equipe de enfermagem pode estimular e auxiliar no contato pele a pele alterando os processos de trabalho, prorrogando os cuidados ao recém-nascido saudável e apoiar as famílias neste momento (MATOS *et al.*, 2010).

Portanto, para que o vínculo familiar seja fortalecido, justifica-se a construção coletiva do protocolo único para direcionar as mudanças no processo de trabalho

dos diversos setores da UMRN. Para Pinheiro e Ceccim (2005) com os profissionais de saúde a formação ocorre mediante educação permanente que tem como ponto de partida o cotidiano do trabalho.



FIGURA 7 – SÍNTESE DAS DIRETRIZES PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO

#### 5.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO

A síntese dos achados deste trabalho acerca das contribuições do cuidado de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido em uma maternidade foi condensada e apresentada no quadro 2 para proporcionar uma melhor compreensão dos resultados:



CONTRIBUIÇÕES	LIMITAÇÕES	DIRETRIZES
Práticas de cuidado que incluem a família no processo de parto e nascimento;	Estrutura física inadequada para a construção do vínculo;	Promover a integração do cuidado;
Inclusão do familiar nos cuidados ao recém-nascido;	Inexistência de um protocolo único para a UMRN para a sistematização do cuidado à família no processo do nascimento;	Implementar protocolo entre os setores e multiprofissional;
Cuidado com a família para a promoção do vínculo;	Resistência da equipe multiprofissional no acolhimento às famílias;	Organizar e fortalecer o fluxo de informações e comunicação na UMRN;
Existência de práticas de acolhimento;	Fragmentação do cuidado por setor;	Determinar objetivos e metas comuns para a UMRN;
Estímulo ao aleitamento materno e contato pele a pele.	Falta de integração da equipe.	Criar espaços ou momentos para integração da equipe multiprofissional da UMRN.

QUADRO 2 – SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES, LIMITAÇÕES E DIRETRIZES DO ESTUDO.  
FONTE: A Autora (2013)

Diversas práticas de cuidado da equipe de enfermagem já existentes contribuem para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido, entre elas as práticas de acolhimento, inclusão do familiar no processo de parto e cuidados ao recém-nascido e estímulo ao aleitamento materno e contato pele a pele.

Porém, se faz necessário reorganizar os espaços internos e construir coletivamente um protocolo único para a UMRN para a sistematização do cuidado à família no processo do nascimento. Além disso, um dos pontos decisivos é a fragmentação do cuidado por setor e a falta de integração das equipes. Esses processos de trabalho fragmentados e verticalizados são barreiras institucionais que impedem o trabalho em rede de cuidado.

Conceber a realidade em rede faz com que se observem as práticas do dia a dia, focalizando as suas conexões e interligações, refletindo o papel de cada setor da maternidade no contexto das práticas de cuidado (BRASIL, 2009).

Torna-se necessário ampliar os momentos de escuta entre os vários atores envolvidos, promovendo espaços de coanálise e compreensão dos diferentes olhares sobre as práticas de cuidado, com o objetivo de construir consensos possíveis (BRASIL, 2009), que incluam as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos os setores da UMRN.

Essas diretrizes não são utópicas, pois muitas delas já acontecem nos setores, contudo não de forma uniforme e integrada. Dessa forma, as diretrizes

propõem sistematizar as práticas de acolhimento, para que a UMRN desenvolva um trabalho integral e integrado que possibilite uma teia de cuidado a essa família, aproximando o profissional da equipe de enfermagem dos familiares, facilitando a participação da família no cuidado ao recém-nascido e empoderando-os para o cuidado domiciliar.

A adoção dessas medidas permite flexibilizar e melhorar o acesso da família à instituição e a necessidade de integrar ações e as equipes de enfermagem dos diversos setores da maternidade com objetivos comuns, com vistas à integralidade do cuidado voltado às famílias durante o processo de parto e nascimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo percebe-se que a equipe de enfermagem da Unidade da Mulher e do Recém-nascido desenvolve várias ações que contribuem para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido. Entretanto, o cuidado de enfermagem necessita ser integrado para potencializar a construção do vínculo familiar com o recém-nascido como uma rede de cuidado institucional.

A utilização de oficinas de práticas educativas e o método do Arco de Maguerez proporcionaram ao grupo momentos de reflexão a respeito de suas práticas de cuidado, abrindo espaços de escuta, troca de informações e conhecimento da forma de organização do cuidado nos diferentes setores da UMRN. Esses momentos possibilitam a participação coletiva na elaboração de diretrizes para o cuidado de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

Posteriormente à realização deste trabalho, percebem-se mudanças nas práticas cotidianas em relação aos familiares e melhora no relacionamento entre os setores. Observa-se uma transformação interna no cuidado aos familiares. Essa sensibilização conjunta da equipe de enfermagem dos setores da UMRN proporcionou um movimento de mudança nas práticas do dia a dia, reconhecendo a relevância do trabalho da enfermagem nas mudanças das práticas.

Outro aspecto importante foi a integração das práticas de cuidado entre os serviços. Para sanar este entrave será necessário reorganizar os ambientes, construir coletivamente um protocolo único da UMRN, criação de espaços de escuta e encontros para troca de experiências e vivências.

Como contribuição para a equipe de enfermagem, esta pesquisa propicia o reconhecimento de avanços já realizados de práticas de acolhimento às famílias e uma reflexão da prática apontando a dimensão subjetiva da equipe de enfermagem e o fortalecimento das práticas de construção de vínculo familiar já existente nos setores.

O presente trabalho remete para novas pesquisas que ampliem a discussão para além da equipe de enfermagem, envolvendo a equipe multiprofissional. Também aponta como alternativa futura a realização de pesquisa avaliativa desse cuidado familiar institucional. Após a implantação das diretrizes de práticas de

cuidado para a construção do vínculo familiar com o recém-nascido, uma pesquisa avaliativa nos setores da UMRN poderia direcionar novas propostas de trabalho, incluindo a equipe multiprofissional. Assim como estudar propostas de rede de cuidado institucionais como potencial de integrar e fortalecer os vínculos da família com o recém-nascido.

Para que ocorra uma reestruturação nas práticas de cuidado torna-se necessário que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada acerca da importância da construção do vínculo familiar com o recém-nascido. A UMRN precisa ir além da integração normativa para uma prática integrada de cuidados com vistas à construção do vínculo familiar com o recém-nascido.

## REFERÊNCIAS

ARMELLINI, C. J.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 305-315, 2003.

AZEVEDO, C. B.; STAMATTO, M. I. S. Historiografia, processo ensino-aprendizagem e ensino de história. **Revista Metáfora Educacional**, Brasília, n. 9, p. 70-89, dez. 2010.

BARBOSA, V. L. **O vínculo afetivo na unidade neonatal**: uma questão de reciprocidade na tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. 166p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARONI, L. P. **Elementos promotores do vínculo mãe-bebê na percepção das puérperas internadas em um alojamento conjunto**. 57p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. UEL, 1999. 196 p.

\_\_\_\_\_. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez**: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL, 2012.

BORDENAVE, J. D. Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores de saúde. In: BRASIL. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos (Org.). **Alguns fatores pedagógicos**. Brasília: Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos, 1986. p. 19-26.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Revista Contemporânea - Psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 2. p. 310-321, abr./jun. 2007.

BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

\_\_\_\_\_. **Apego e perda**: apego. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Apego**: a natureza do vínculo. 3. ed. v. 1. Trilogia apego e perda. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996** - Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Portaria n. 569 de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 2000. Disponível em: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br). Acesso em: 15/8/2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Série C. **Projetos, Programas e Relatórios**. 2.ed.rev. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizaus**:

documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ed. Brasília, 2008a. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010. 104 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília, 2011a. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**, que dispõe sobre a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsns.saude.gov.br>. Acesso em: 9/7/2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, 2011c. 50 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução RDC, nº 36, de 3 de junho de 2008**. Brasília - DF, 2008b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsit>. Acesso em: 24/8/2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Básicas. Saúde da Família. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. World Nutrition Rio 2012, 27 a 30 de abril, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/noticias>. Acesso em: 30/7/2013.

BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artmed, 1988.

BRAZELTON, B. T.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRÜGGEMANN, O. L. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

\_\_\_\_\_. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.1, p. 44-52, 2007.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. F. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul./ago. 2002.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 19-22, 1995.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. *et al.* The international motherbaby childbirth initiative: a human rights approach to optimal maternity care. **Midwifery Today**, Belgium, 2010. Disponível em: [www.midwiferytoday.com/articles/imbcii.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/imbcii.asp). Acesso em: 30/6/2013.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma Política Nacional de Humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.



DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez. 2006.

DUARTE, E. E. *et al.* A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafio na construção da integralidade. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 870-878, out./dez. 2012.

DUMAS, L. *et al.* Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. **Clinical Nursing Research**, v. 22, n. 3, p. 310-336, 2013. Disponível em: <http://cnr.sagepub.com/content/early/2013/01/01/1054773812468316>. Acesso em: 30/5/2013.

EDMOND, K. M. *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, n. 117, p. 380-386, 2006. Disponível em: <http://www.pediatrics.org>. Acesso em: 5/5/2013.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática de libertação (uma introdução ao pensamento de Freire). São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 660-668, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. Acesso em: 15/8/2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Iniciativa do Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade, OMS. Brasília: 2009. 276p.

GAIVA, M. A. M.; TAVARES, C. M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132-145, jan. 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4408>. Acesso em 6/8/2012.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 76 (Supl.3), p. 238-52, 2000.

GOMES, A. A.; MELCHIORI, L. E. **A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 396 p.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem. 309 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HEERMANN, J. A.; WILSON, M. E., WILHELM, P. A. Mothers in the NICU: outsider to partner. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 31, n. 3, p.176-181, mai./jun. 2005. Disponível em: [www.pediatricnursing.org/](http://www.pediatricnursing.org/). Acesso em: 10/5/2013.

HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**. Medellín, Vol. XXV N.º 1, 2007.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Revista do hospital**. Curitiba, Edição Especial. Agosto 2011. Disponível em: [www.hc.ufpr.br](http://www.hc.ufpr.br). Acesso em: 10/8/2012.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo – construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010.

LOURO, J. P. **A produção do conhecimento sobre o suporte oferecido à mulher durante o processo de parturição: período de 1991 a 2001.** 118 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2002.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 335-42, 2007.

MAGUEREZ, C. **La promotion technique du travailleur analphabete.** Paris: Editions Eyrolles, 1966.

MATOS, T. A. *et al.* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, nov./dez. 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.4, p. 427-432, 2006.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de Alojamento Conjunto.** 472 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review).** Oxford: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Update Software. Disponível em: <http://thecochranelibrary.com>. Acesso em: 25/5/13

MOREIRA, K. *et al.* O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 720-728, 2009.

NASSIF, A. A. **O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde.** 305 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura:** atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra. 1996. Disponível em: <http://www.abcdoparto.com.br> Acesso em: 10/8/2012.

\_\_\_\_\_. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno:** o papel especial dos serviços materno-infantis. Geneva: OMS/UNICEF, 1989.

\_\_\_\_\_. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno.** Organização Pan-americana da saúde. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Objetivos de desenvolvimento do milênio, 2005. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2005.** Lisboa: Ana Paula Faria Editora, 2005. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em: 23/8/2012.

PAIM, L. *et al.* Desafio à pesquisa em enfermagem. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 386-392, abr./jun. 2010.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L. Avaliação da estrutura e processo de atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 15, ed.esp., set./out. 2007.

PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, S. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 334-339, abr./jun. 2010.

PILEGI, M. C. *et al.* A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 4, p.467-472, 2008.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/IERJ--CEPESQ-ABRASCO, 2005. p. 13-33.

PINTO, L. F. Apego y lactancia natural. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 78, n.1, p. 96-102, 2007. Disponível em: [www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/.../login](http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/.../login) Acesso em: 10/8/2012.

PNIAM/UNICEF. **Boletim nacional Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, v. 2, n. 12, 310 p. Brasília - DF, 1995. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br> Acesso em: 10/8/2012.

ROSA, R. *et al.* Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 105-112, jan./mar. 2010.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 232-238, 2006.

SABLE, P. What is adult attachment? **Clinical Social Work Journal**, v. 36, p.21-30, 2008. Disponível em: [www.springer.com](http://www.springer.com). Acesso em: 20/10/2012.

SANTOS, L. M dos. *et al.* Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5 p. 994-1003, 2012.

SCHMIDT, M. L. S.; BONILHA, A. L. L. Alojamento Conjunto: expectativas do pai com relação aos cuidados de sua mulher e filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 316-324, 2003.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JR, C. F.; SILVA, Y. F. E. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p.303-314, out./dez. 2009.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SILVA, L.M.; CLAPIS, M.J. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 286-91, 2004.

SOARES, R. K. C. *et al.* Parturient's companion and the relationship with the nursing team: a qualitative study. [Online] **Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2867>. Acesso em: 10/8/2011.

TELES, L. M. R. *et al.* Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 688-694, out./dez. 2010.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, (sup. 2), p. 35-46, 2008.

TOMELERI, K. R. *et al.* "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 497-504, dez. 2007.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: Módulo 3: **Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança**: curso de 20 horas para equipe de maternidade. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

VALDEZ, V.; SANCHES, A.P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação**. Assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. A. Reflexões sobre a assistência prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul./ago. 2010.

VENANCIO, S. I.; MARTINS, M. C. F. N.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento e com a Política Nacional de Humanização. **Revista Tempus Actas Saúde**, Brasília, v. 4, n.4, p.129-141, 2010.

WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care Section 1, Background and Implementation**. Preliminary Version. Geneve: WHO; 2006.

ZIMMERMANN, L. C. B. **As consequências impremeditadas do acolhimento na Atenção Básica**. 138 p. Dissertação. (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	71
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	72
APÊNDICE C - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 1 .....	74
APÊNDICE D - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 2 .....	75
APÊNDICE E - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 3 .....	76
APÊNDICE F - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 4 .....	77



## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 - Como você vê a participação da família no cuidado ao binômio mãe/filho? Por quê?

2 - Quais ações são desenvolvidas no seu setor para promover a relação da família com a mãe e o bebê?

3 - Descreva a sua vivência na qual a família teve uma participação positiva no cuidado da mãe e do bebê.

4 – Quais ações poderiam ser implementadas no seu setor para promover a construção do vínculo familiar com RN?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof<sup>a</sup> Verônica de Azevedo Mazza e Enf<sup>a</sup> Regina Célia Tanaka Nunes, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, membro da equipe de enfermagem das Unidades da Maternidade a participar de um estudo intitulado *“A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO FAMILIAR COM O RECÉM-NASCIDO EM UMA MATERNIDADE: CUIDADO DE ENFERMAGEM”*.

- a) o objetivo desta pesquisa é descrever como a equipe de enfermagem realiza o cuidado com enfoque na construção do vínculo familiar com recém-nascido nas unidades da maternidade.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário disponibilizar uma hora dentro do seu horário de trabalho para participar das oficinas de práticas educativas. Informo que a sua chefia imediata já está ciente e concorda com a sua participação.
- c) Para tanto você deverá comparecer na sala 404 do 4º andar da Maternidade, para participar das oficinas por aproximadamente uma hora. Você participará de quatro oficinas com intervalo de uma semana.
- d) Não haverá desconforto ou riscos para mim, pois sua identidade será mantida em segredo.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: contribuições para o avanço na prática assistencial de enfermagem na saúde da mulher e da criança, reflexões teórico-prática do cuidado de enfermagem na maternidade.
- f) A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Verônica de Azevedo Mazza, professora do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, localizado no Bloco Didático II - Campus Botânico: Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico Setor de Ciências da Saúde - Curitiba - PR - CEP: 80.210-170 telefones: (41) 9619-9723, ou (41) 3361-3753 que poderá ser contatada a qualquer hora, de segunda a sexta - feira, no campus Jardim Botânico, situado no endereço citado.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) A sua fala na oficina será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a oficina e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável\_\_\_\_\_

Orientador\_\_\_\_\_Orientado\_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)  
Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

# APÊNDICE C - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 1

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p><b>Observação da realidade e definição do problema e dos pontos-chave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apropriação de informações</li> <li>- Identificação das características da realidade</li> </ul> <p><b>Objetivo:</b> refletir para transformar a realidade e possibilitar uma compreensão maior da complexidade e da multideterminação do problema</p> <p><b>TEMA:</b> Acolhimento e Construção da Concepção de Vínculo Familiar com Recém-nascido.</p>	<p><b>Oficina 01</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmica de Apresentação do grupo.</li> <li>- Esclarecimento sobre a pesquisa, objetivos e metodologia.</li> <li>- Estabelecer um contrato com o grupo.</li> <li>- Assinatura do TCLE.</li> <li>- Utilizar os dados da pesquisa: “Elementos promotores do Vínculo Mãe-bebê na percepção das puérperas internadas no Alojamento Conjunto”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover discussão e reflexão do grupo sobre a concepção de vínculo familiar com recém-nascido.</li> <li>- Apresentar os dados referentes à pesquisa realizada no Alojamento Conjunto.</li> <li>- Estimular relatos de experiências pessoais ou profissionais sobre situações vivenciadas relacionadas ao vínculo familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantar os pontos críticos e problemáticos existentes nos setores da Maternidade.</li> <li>- Levantar os pontos-chave.</li> <li>- Momento de definir aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos para buscar uma resposta ao problema.</li> </ul>

# APÊNDICE D - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 2

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<b>Teorização</b> - Investigativa e leva o grupo a pensar em uma proposta de solução do problema.  <b>Objetivo:</b> Construção de respostas mais elaboradas para a realidade problematizada.  <b>TEMA:</b> Ações realizadas no cuidado de enfermagem para promoção do vínculo familiar com RN	<b>Oficina 02</b>  - Comparar com as percepções iniciais, rever as proposições, aprofundar o conhecimento e ter uma consciência maior sobre o problema levantado.	- Realizar uma retrospectiva da oficina anterior; - Colocar em um mural os pontos-chave levantados; - Cada participante receberá dez tarjetas coloridas (cada setor terá uma cor diferente); - Descrever as ações que desenvolvem no cuidado para a construção do vínculo; - Dividir em ações promotoras e dificultadoras; - Discutir com o grupo as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”; - Trazer para a próxima oficina sugestões de ações levantadas após discussão no local de trabalho.	Compreensão mais crítica pelos profissionais da realidade que os cerca e das propostas para transformação desta realidade

APÊNDICE E - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 3

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p><b>Hipóteses de solução:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criatividade e originalidade para propostas de solução dos problemas</li> <li>- Uso da realidade melhor compreendida para aprender com ela mesma, sob um novo olhar.</li> </ul> <p><b>Objetivo:</b> estar livre para pensar e buscar mudanças reais na realidade</p> <p><b>TEMA:</b> Planejamento de ações do cuidado de enfermagem para construção do vínculo com RN</p>	<p><b>Oficina 03</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar um planejamento de ações do cuidado de enfermagem para construção do vínculo familiar com recém-nascido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar a tarefa solicitada na oficina anterior.</li> <li>- Colocar ações trazida pelos participantes no mural;</li> <li>- Dividir os participantes por serviços para construir um planejamento coletivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de um planejamento coletivo de ações de cuidado de enfermagem na construção do vínculo familiar com recém-nascido</li> <li>- Propor ações diferentes para poder exercer uma diferença na realidade de onde se extraiu o problema</li> </ul>

APÊNDICE F - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 4

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p><b>Aplicação à realidade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilita a intervenção responsável e embasada tanto no conhecimento mais profundo da realidade vivida como nas propostas refletidas pelo grupo</li> </ul> <p><b>Objetivo:</b> realizar uma intervenção consciente na realidade</p> <p><b>TEMA:</b> Construção coletiva de uma proposta de cuidado à mulher, RN e familiares visando a promoção do vínculo familiar.</p>	<p><b>Oficina 04</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir os dois grupos participantes das oficinas;</li> <li>- Convidar os responsáveis pelos serviços envolvidos, junto com a Gerência, Supervisão e membros do Colegiado Gestor da UMRN;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos planejamentos construídos pelos dois grupos participantes das oficinas;</li> <li>- Reunir os participantes divididos pelos serviços,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento coletivo de ações de cuidado de enfermagem na construção do vínculo familiar com recém-nascido de maneira compartilhada e participativa.</li> </ul>

**ANEXO****ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS - UFPR

**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** A Construção do Vínculo Familiar com Recém-nascido em uma maternidade: cuidado de enfermagem  
**Área Temática:**

**Pesquisador:** Verônica de Azevedo Mazza

**Versão:** 2

**Instituição:** Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

**CAAE:** 02244512.8.0000.0102

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Número do Parecer:** 28549

**Data da Relatoria:** 30/05/2012

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de mestrado do Departamento de enfermagem da aluna Regina Célia Tanaka Nunes sob orientação da Profa. Verônica de Azevedo Mazza Título: A Construção do Vínculo Familiar com Recém-nascido em uma maternidade: cuidado de enfermagem

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral Descrever como a equipe de enfermagem realiza o cuidado com enfoque na construção do vínculo familiar com recém-nascido nas unidades da maternidade. 2. 2 - Objetivos Específicos -Identificar os elementos que influenciam na construção do vínculo mãe-bebê. -Compreender a concepção da equipe de enfermagem acerca do vínculo familiar com recém-nascido. -Sensibilizar a equipe de enfermagem sobre o vínculo familiar com recém-nascido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

de acordo

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa analítico-descritiva que visa conhecer o desempenho da equipe de enfermagem no que diz respeito ao recém-nascido & puérpera & família.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo

**Recomendações:**

Já corrigidas

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram devidamente atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Parecer será encaminhado ao Hospital de Clínicas da UFPR para assinatura da Declaração Coparticipante.